

ЕКАТЕРИНА ФИЛИППОВА

д.м.н., врач-уролог, нейроуролог,
автор блога uro_ekb

ДИСКОМФОРТ

при половом
акте

БОЛИ

в интимных
местах

ТАЗОВАЯ БОЛЬ

ЖЖЕНИЕ

в уретре

СПАЗМ

в промежности

ПРОБЛЕМЫ

с мочеиспусканием

НАРУШЕНИЯ

эрекции
и семяизвержения

Почему она возникает
и что с ней делать



БОМБОРА
ИЗДАТЕЛЬСТВО

18+

Annotation

По статистике боль в области таза, промежности и половых органов испытывают около 14% мужчин и женщин во всем мире. Книга «Тазовая боль» – это практическое руководство, которое помогает читателям разобраться в причинах и проявлениях синдрома хронической тазовой боли (СХТБ). Врач-уролог, доктор медицинских наук Екатерина Филиппова объясняет, как устроен таз и почему на фоне хороших анализов могут длительно сохраняться боли в интимных местах, дискомфорт при половом акте, проблемы с мочеиспусканием и опорожнением кишечника, эрекцией и семяизвержением. Автор рассказывает, как избавиться от тазовой боли с помощью упражнений, массажа и медикаментов. В книге представлены конкретные рекомендации и советы, которые помогут читателям справиться с болевыми ощущениями.

Внимание! Информация, содержащаяся в книге, не может служить заменой консультации врача. Необходимо проконсультироваться со специалистом перед любыми рекомендуемыми действиями.

В формате PDF A4 сохранен издательский макет книги.

-
- [Екатерина Сергеевна Филиппова](#)
 -
 - [Предисловие](#)
 - [Часть I](#)
 - [Глава 1](#)
 - [АйБолит, или Бег по кругу](#)
 - [Тазовая боль – тайна за семью фенотипами](#)
 - [Дно всех проблем](#)
 - [Глава 2](#)
 - [Как устроен таз](#)
 - [Функции мышц тазового дна](#)
 - [Другие важные мышцы таза](#)
 - [Половой нерв](#)
 - [Глава 3](#)
 - [Спазм мышц и полный таз симптомов](#)
 - [СтраШно больно](#)

- [Кончайте не медленно](#)
 - [Не входить](#)
 - [Глава 4](#)
 - [ГАМП: беги, Форест, беги](#)
 - [Стесняюсь писать](#)
 - [Секрет простаты](#)
 - [То, чего может не быть \(интерстициальный цистит\)](#)
 - [Глава 5](#)
 - [Спазм – и точка](#)
 - [Все связано: таинственный мир миофасции](#)
 - [Мышечно-фасциальные поезда](#)
 - [Глава 6](#)
 - [Осторожно: высокое напряжение](#)
 - [Тело помнит все](#)
 - [Боль в ГОЛОВКЕ](#)
 - [Центральная сенситизация](#)
 - [Путь к себе](#)
- [Часть II](#)
 - [Глава 7](#)
 - [Глава 8](#)
 - [Глава 9](#)
 - [Глава 10](#)
 - [Глава 11](#)
 - [Глава 12](#)
 - [Глава 13](#)
 - [Глава 14](#)
 - [Глава 15](#)
 - [Глава 16](#)
 - [Глава 17](#)
 - [Глава 18](#)
 - [Глава 19](#)
 - [Глава 20](#)
- [Заключение](#)
- [Послесловие](#)
- [Список литературы](#)
- [Об авторе](#)
- [notes](#)

○ 1



Екатерина Сергеевна Филиппова

Тазовая боль. Почему она возникает и что с ней делать

© Филиппова Е. С., текст, 2023

© Оформление. ООО «Издательство «Эксмо», 2024

Предисловие

Уголь отдает тепло, сгорая, – книга выделяет тепло, когда ее читают.

Мирон Петровский

Мои любимые пациенты, эта книга появилась на свет для вас и благодаря вам!

С каждым годом борьба с синдромом хронической тазовой боли (СХТБ) все больше занимает мой ум, сердце и душу, а также время и пространство. Ежедневно я вижу больных разного пола и возраста, приезжающих со всех концов нашей большой страны, и все они похожи и не похожи одновременно. У каждого своя история, свой набор предрасполагающих факторов, причин и симптомов, своя толстая папка с медицинскими документами, бесконечными обследованиями и заключениями от десятков разных специалистов. У всех до одного в глазах отчаяние и страх. Страх перед этой странной болезнью, которой как будто не существует: анализы хорошие, лекарства не помогают, врачи отправляют один к другому – то ли не верят, то ли не понимают, то ли просто не хотят вникать. Нередко доктора, не видя объективной причины для страданий, намекают пациентам, что они просто выдумывают себе болезнь. Тем временем тазовая боль продолжает возвращаться, мучить, преследовать, портить характер, разрушать семью и карьеру. Она не убивает, но медленно крадет эту жизнь, день за днем.

По статистике, около 14 % мужчин и женщин по всему миру страдают от СХТБ. Кто-то испытывает лишь небольшой дискомфорт, а для кого-то жизнь превращается в постоянную борьбу с тазовой болью.

Не претендуя на истину, я постаралась обобщить и максимально просто изложить на бумаге знания, накопленные в процессе ежедневной клинической практики и непрерывного обучения в разных направлениях, от анатомии и урологии до остеопатии и психосоматики. И это не только мой опыт, но и ваш – опыт пациентов, которые стали моими главными учителями на этом пути.

Книга, которую вы держите в руках, не таблетка, и вряд ли она вас вылечит, хотя и такое возможно. В любом случае, прочитав ее, вы будете лучше чувствовать и понимать себя и причины тех симптомов, которые испытываете.

Часть I

Тайны тазового дна



Глава 1

Что такое СХТБ

АйБолит, или Бег по кругу

Вылечи меня, пожалуйста, вылечи...

Николай Гринько. Песня

Что делает человек, столкнувшийся с болью в области мочеполовых органов и интимными проблемами, в XXI веке? Терпит и ждет, когда само пройдет? Конечно! Можно немного подождать, но долго терпеть не будешь, и если боль не проходит, придется что-то предпринимать. Может быть, отправиться в лес за клюквой, корой осины и струей бобра? Вариант. Но все же хочется верить, что здравомыслящий человек обратится к доктору и пройдет обследование, позволяющее установить причину проблем.

Тазовая боль приводит пациентов к урологам, гинекологам и проктологам, каждый из которых обладает достаточным набором современных диагностических методов, чтобы установить наличие инфекции и воспаления, опухолевых заболеваний, гормональных нарушений, аномалий развития и других известных науке патологий. Если причину симптомов удалось выявить, то, скорее всего, пациент получит адекватное или не очень адекватное, но все равно эффективное лечение и избавится от своих проблем навсегда или хотя бы на время.

Вместе с тем огромное количество мужчин и женщин, страдающих нарушениями мочеиспускания, болью внизу живота, в промежности, в половых органах, испытывающих дискомфорт при половом акте или после него, имеющих трудности с опорожнением кишечника и другие проблемы, о которых не принято говорить, проходят бесконечные обследования у врачей различных специальностей. Они горстями едят таблетки, нередко даже подвергаются ненужным операциям, и все безрезультатно. Неудивительно, что мысли о страшных невыявленных болезнях, загадочных вирусных и бактериальных инфекциях, паразитах, злокачественных опухолях и других угрожающих жизни и

здоровью проблемах преследуют пациентов, делая их жизнь невыносимой.

Обилие и доступность всевозможной информации в сети Интернет, с одной стороны, делает пациентов настолько «прокаченными» в проблеме СХТБ, что многие могут дать фору докторам. С другой стороны, не имея базового медицинского образования, разобраться в этом потоке информации крайне сложно. Особенно когда она проходит через призму собственных страхов, боли и переживаний.

Здравствуй, форум по тазовой боли, – привет, невроз.

Всегда прошу своих пациентов относиться к публикациям в интернете с большой осторожностью. Конечно, среди массы бесполезной информации там обнаруживаются и нужные сведения, контакты специалистов и необходимые ссылки, но сколько душевных страданий можно заполучить, столкнувшись с непроверенными, ошибочными или просто придуманными данными! Те, кто поправился, не сидят в Сети, они начинают жить полноценной активной жизнью и, чтобы не сглазить, не спешат делиться радостной новостью о своем выздоровлении. На форумах с большей вероятностью остаются люди с неправильным диагнозом или вообще без него. Они не смогли найти помощи, и это создает гнетущую атмосферу, а значит, усиливает страх и боль, замыкая порочный круг СХТБ. В том, что пациенты вынуждены самостоятельно, без спасательных жилетов, плавать в информационном интернет-потоке, безусловно, нет их вины. Скорее это вина врачей. Однако не спешите судить строго, здесь все не так просто. Давайте попробуем разобраться.

В традиционной медицине тело человека «разобрано» на части, каждую из которых курирует отдельный специалист. Классическое медицинское образование организовано соответствующим образом. Анатомия изучает строение мочеполовой, пищеварительной, кровеносной и других систем, физиология – их функционирование.

Патологическая физиология и патологическая анатомия освещают общие принципы течения заболеваний и те изменения, которым подвергаются отдельные органы и системы в условиях болезни. Биохимия приводит к общему знаменателю процессы, протекающие в организме только на молекулярном уровне. Эти основополагающие

предметы врачи изучают на первых курсах медицинского университета, и именно они дают представление о нормальном и патологическом состоянии тела. Дальнейшее обучение построено на освоении отдельных клинических дисциплин, каждая из которых сконцентрирована на «своих» органах и «своих» заболеваниях. За калейдоскопом бесчисленных болезней, лекарств, анализов, операций в глазах студента медицинского вуза, а затем и врача теряется представление о человеке как о сложном и цельном биопсихосоциальном существе. И, несмотря на очень высокий уровень развития медицины, очевидная взаимосвязь стресса с различными заболеваниями до сих пор не нашла доказательных научных объяснений. Такие направления науки о человеке, как нейробиология, остеопатия, кинезиология, эндокринология и нутрициология, на сегодняшний день наиболее близко подходят к пониманию глобальных причин появления патологических процессов в организме и их взаимосвязях.

Синдром хронической тазовой боли – пример заболевания, не вписывающегося в традиционные медицинские шаблоны и не поддающегося стандартным алгоритмам лечения.

Типичный путь пациента с СХТБ начинается с уролога или гинеколога – врачей, которые лечат органы мочеполовой системы. Каждый из них выполняет стандартный набор диагностических тестов, исключая «свои» заболевания. Если в результатах обследования есть за что зацепиться, будет поставлен «дежурный диагноз»: хронический цистит, хронический простатит, хронический уретрит, хронический аднексит или какой-нибудь еще «-ит» – и назначено очередное бесполезное лечение. Если анализы идеальны, врач констатирует, что причины для болевого синдрома со стороны «его органов» нет, и направит к другому специалисту: уролог к гинекологу и наоборот (рис. 1).



Рис. 1. Бег по кругу

Как правило, к этой цепочке присоединятся еще проктолог, гастроэнтеролог и невролог, и она превратится в замкнутый круг, по которому больной с СХТБ может циркулировать до бесконечности, обращаясь все к новым и новым врачам. При этом каждый узкий специалист смотрит в рамках свойственного ему традиционного подхода, и в этом нет его вины. Невролог мог бы приблизиться к пониманию проблемы, но врачам этого профиля в большинстве своем непривычно работать с интимной зоной, обсуждать нюансы симптомов и осматривать пациентов в гинекологическом кресле, да у них и кресла-то нет. Психиатр часто становится конечным пунктом, куда посылают больного с СХТБ клиницисты. И это не лишено смысла, так как любая хроническая боль сопровождается изменениями психики и требует соответствующего лечения. Однако психиатр в одиночку тоже не может решить проблему, и пациент продолжает ходить по кругу.

Поверьте, никто из докторов не радуется, встречаясь с больным с СХТБ, потому что, во-первых, понимает, насколько сложная эта проблема; во-вторых, знает, что, скорее всего, ему не хватит времени стандартного приема даже на то, чтобы просто выслушать пациента; и, в-третьих, осознает, что не обладает достаточными ресурсами для

самостоятельного излечения тазовой боли. СХТБ становится настоящей «головной болью в тазу» как для пациента, так и для врачей, которые с ним работают (рис. 2).



Рис. 2. Головная боль в тазу

СХТБ не возникает на пустом месте, его появлению предшествуют длительно формирующиеся изменения в теле и психике, а толчком к развитию обычно становится стрессовая ситуация. Только честный и открытый взгляд в глубь проблемы помогает прекратить бесконечное хождение по врачам и начать путь к выздоровлению.

Лечение тазовой боли предполагает непосредственное и активное участие самого пациента. От СХТБ не существует волшебной таблетки или чудесного исцеляющего метода, и искать их бессмысленно. Лишь приняв на себя ответственность за свое тело и свою болезнь, можно добиться успеха.

К сожалению, врачи не привыкли искать истинные причины дисбаланса, возникающего в организме и приводящего к болезням. Однако и сами люди в большинстве своем не умеют прислушиваться к собственному телу и понимать сигналы, которые оно посылает. Задумайтесь о том, как вы чувствуете себя в настоящий момент. Напряжены вы или расслаблены? Устали или нет? Достаточно ли сегодня спали? Испытываете ли вы радость от окружающего мира?

Умеете ли видеть красивое и наслаждаться мелочами? Давно ли вы делали что-то, что вас успокаивает и расслабляет? В бешеном ритме современной жизни мы привыкли потребительски относиться к своему телу и психике. Мы не обращаем внимания на свое физическое состояние, пока не ощутим боль – воспринимать меньшие сигналы мы не готовы. Хроническая тазовая боль вызывается не вирусами и не бактериями, она является результатом нашего «пользования» телом в течение всей предшествовавшей жизни, а тело, как известно, помнит все! Но об этом чуть позже.

Тазовая боль – тайна за семью фенотипами

Тазовая боль не убивает, она крадет жизнь.

Ненаучный факт

Согласно официальному определению, синдром хронической тазовой боли (СХТБ) – это боль в области таза у мужчин и женщин, присутствующая более трех месяцев постоянно или возникающая периодически на протяжении шести месяцев. При этом инфекция или другая локальная патология отсутствуют, и болевой синдром считается первичным. В Российской Федерации нет официальных клинических рекомендаций по СХТБ, и доктора в большинстве своем ориентируются на Клинические рекомендации Европейской ассоциации урологов, доступные на русском языке [1]. В 2022 году мы с коллегами готовили курс дистанционного образования по тазовой боли на отечественном информационном портале «Уровеб» и проводили опрос среди докторов на предмет их удовлетворенности имеющимися гайдлайнами по СХТБ и в целом озабоченности данной проблемой. Из 230 участников опроса только 19,4 % ответили, что удовлетворены существующими клиническими рекомендациями по тазовой боли. При этом 97,4 % сказали, что считают проблему очень актуальной.

Вы спросите, почему так много урологов, недовольных клиническими рекомендациями. К сожалению, все очень просто: потому что в рекомендациях нет ответа на основной, волнующий всех вопрос о причине СХТБ. Само определение синдрома первичной хронической тазовой боли подразумевает тот факт, что мы не знаем, в чем ее источник, и как бы считаем, что она появилась первично из

ниоткуда. Если вдуматься и посмотреть со стороны пациента, это звучит ужасно.

Согласитесь, болеть чем-то, причина чего понятна, гораздо спокойнее, чем страдать от какой-то загадочной, возникшей неизвестно откуда болезни.

Классификация СХТБ, предложенная Европейской ассоциацией урологов, подразделяет недуг на подтипы в зависимости от того, где локализована боль. Например: первичный мочепузырный болевой синдром, первичный простатический болевой синдром, уретральный (в мочеиспускательном канале), пенильный (в половом члене), мошоночный (в мошонке) и так далее. Понятно, что такая классификация не добавляет ясности, так как ничего не говорит о причинах болевого синдрома, а один и тот же пациент может испытывать боль разной локализации.

Однако не все так плохо в клинических рекомендациях. Докторам предлагается использовать фенотипический подход к диагностике и лечению тазовой боли (UPOINTS), что подчеркивает многоплановость проблемы и помогает подобрать лечение. Выделяют семь доменов, объединяющих симптомы и проявления СХТБ.

U (urinary) – урологический – включает нарушения мочеиспускания.

P (psychosocial) – психосоциальный – подразумевает тревожность по поводу боли, стресс, депрессию и потерю социальных функций.

O (organ-specific) – органоспецифический – включает в себя симптомы, связанные с гинекологическими, желудочно-кишечными и аноректальными проблемами.

I (infection) – инфекционный – указывает на инфекцию как возможную причину СХТБ.

N (neurologic) – неврологический – подчеркивает участие механизма центральной и периферической сенсебилизации нервной системы в формировании хронического болевого синдрома.

T (tenderness) – мышечно-спастический домен – оценивает наличие триггерных точек в мышцах тазового дна, их болезненность и повышенный тонус.

S (sexual) – сексуальный – акцентирует значимость сексуальных нарушений, проблем с эрекцией, эякуляцией, болезненности во время

или после полового контакта.

Концепцию семи фенотипов часто изображают в виде снежинки, и в этом есть глубокий смысл: подобно тому, как не существует двух одинаковых снежинок, нет двух пациентов с одинаковой фенотипической картиной (рис. 3).



Рис. 3. U P O I N T S (фенотипы)

В клинических рекомендациях Европейской урологической ассоциации очень пространно говорится о подходах к лечению СХТБ, но основная идея заключается в том, что оно должно учитывать, какие именно домены UPOINTS присутствуют в каждом конкретном случае. Делается акцент на том, что эффективная терапия предполагает работу междисциплинарной команды, так как один специалист не может самостоятельно охватить все аспекты СХТБ. Честно скажу вам, в европейском руководстве по тазовой боли так много воды, что в ней впору утонуть, однако мысль о многофакторном подходе, основанном на фенотипах, безусловно, очень здравая. Она подчеркивает, насколько сложной и многокомпонентной проблемой является синдром хронической тазовой боли.

К сожалению, в реальности существующая система здравоохранения не может предложить пациенту с тазовой болью ничего даже близко похожего на многопрофильную команду специалистов.

Работа по каждому из доменов требует привлечения не только врачей-урологов, нейроурологов, гинекологов, проктологов, неврологов, нейрохирургов, психиатров и психотерапевтов, но и специалистов в области физической реабилитации, мануальной терапии и психологии. Хочется верить, что в скором времени такой подход станет доступен хотя бы в условиях частной медицины. Пациент больше не будет ходить по кругу, потому что врачи станут работать вместе, а не «футболить» его от одного к другому.

Дно всех проблем

Ведь кто-то же должен быть виноват.

Здравый смысл

Что же это получается? Никто не виноват, и тазовая боль возникает сама по себе, беспричинно складываясь, как мозаика, из отдельных компонентов, красиво названных фенотипами? А как же все то множество хоть и разнообразных, но все же однотипных симптомов, встречающихся почти у всех пациентов с тазовой болью? Что за чудесные совпадения? Этот вопрос не давал мне покоя с того самого момента, как я начала заниматься СХТБ. Осознанию проблемы мне лично очень помог тот факт, что параллельно с тазовой болью я много работала с пациентами, страдающими нарушениями мочеиспускания, и выполняла уродинамические исследования (КУДИ – комплексное уродинамическое исследование). Я заметила, что такие симптомы, как затрудненное мочеиспускание, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, навязчивые позывы по-маленькому, необходимость возвращаться в туалет, чтобы «домочиться», подтекание капель мочи после мочеиспускания (терминальный дриблинг) и другие свойственны как пациентам с синдромом хронической тазовой боли, так и без него. И проявления эти всегда ассоциированы с гипертонусом мышц тазового дна. При тщательном опросе людей, обратившихся исходно с жалобами на проблемы с мочеиспусканием, выяснялось, что периодически их может беспокоить также дискомфорт в промежности или половых органах, которому они не придают особого значения, женщин – боли при половом акте, мужчин – проблемы с эрекцией, представителей обоих полов – затруднения при дефекации. В целом это очень походило

на симптомы СХТБ, только менее яркие. В какой-то момент я начала всем пациентам проводить пальпацию мышц тазового дна, и выяснилось, что в обеих группах мышцы напряжены, болезненны и дисфункциональны.

У пациентов с СХТБ осмотр мышц тазового дна позволяет «воспроизвести беспокоящие симптомы» и найти зоны максимального дискомфорта. Сложно сомневаться в источнике боли, когда при пальпации простаты или мочевого пузыря абсолютно спокойны, а прикосновение к триггерным точкам в мышцах невыносимо болезненно.

В тот же период мне в руки попала теперь уже широко известная в узких кругах книга «Протокол Уайза – Андерсона», в которой профессор урологии Стэнфордского университета Родни Андерсон и физиотерапевт Дэвид Уайз говорят о спазме мышц тазового дна как основной причине синдрома хронической тазовой боли [2]. «Пазл» в моей голове сложился.

Вот почему, работая в одном тазу, урологи, гинекологи и проктологи не видят причины тазовой боли. Все забывают про сами стенки таза, представленные мышцами и фасциями.

Кажется, что если болит низ живота или промежность – это проявление заболевания какого-то органа, находящегося в полости таза. Но что, если болят сами мышцы?

Может болеть шея или поясница, почему же не может болеть довольно большой массив мышц, расположенных в тазу?

Все забывают про мышцы, потому что они «ничьи». Они не относятся ни к мочеполовой системе, ни к желудочно-кишечному тракту, поэтому урологи, гинекологи и проктологи умывают руки, а для врачей других специальностей зона промежности слишком интимна, слишком сильно симптомы переплетаются с нарушениями мочеиспускания, дефекации и сексуальной функции. Это путает и даже пугает врачей и усложняет диагностику.

Осознание роли мышц тазового дна в развитии тазовой боли постепенно приходит к урологическому сообществу. В 2023 году рабочая группа Европейской ассоциации урологов по СХТБ опубликовала в журнале *European Urology Focus* статью, посвященную мышечно-спастическому домену синдрома хронической тазовой боли, в

которой было отмечено, что, несмотря на высокую распространенность, миофасциальный компонент хронической тазовой боли остается недооцененным, недостаточно диагностируется и лечится [3]. Авторы подчеркнули, что миофасциальную боль следует оценивать у всех пациентов с простатическим болевым синдромом, что работа с миофасциальной болью – необходимый компонент успешного лечения СХТБ. В то же время проблема изучена недостаточно, и необходимы дальнейшие исследования в этом направлении.

Глава 2

Анатомия таза

Как устроен таз

Для того чтобы было понятнее, почему мышцы, связки и фасции таза играют такую огромную роль в функционировании расположенных в малом тазу органов и в возникновении СХТБ, давайте рассмотрим, как устроен таз.

Костный таз представлен большими симметричными тазовыми костями, которые спереди соединяются друг с другом посредством лонного сочленения, а сзади примыкают с обеих сторон к крестцу, создавая крестцово-подвздошные суставы (рис. 4).

В свою очередь, каждая тазовая кость сформировалась путем сращения подвздошной, лонной и седалищной костей. Верхняя костная граница малого таза проходит по терминальной линии подвздошной кости, через мыс крестца сзади и лобковый симфиз спереди. Снизу костная граница представлена ветвями лобковых и седалищных костей, которые посредством крестцово-остистой и крестцово-бугорной связок соединяются с крестцом и копчиком. Отверстие, сформированное этими структурами, называется нижней апертурой, или выходом из малого таза.

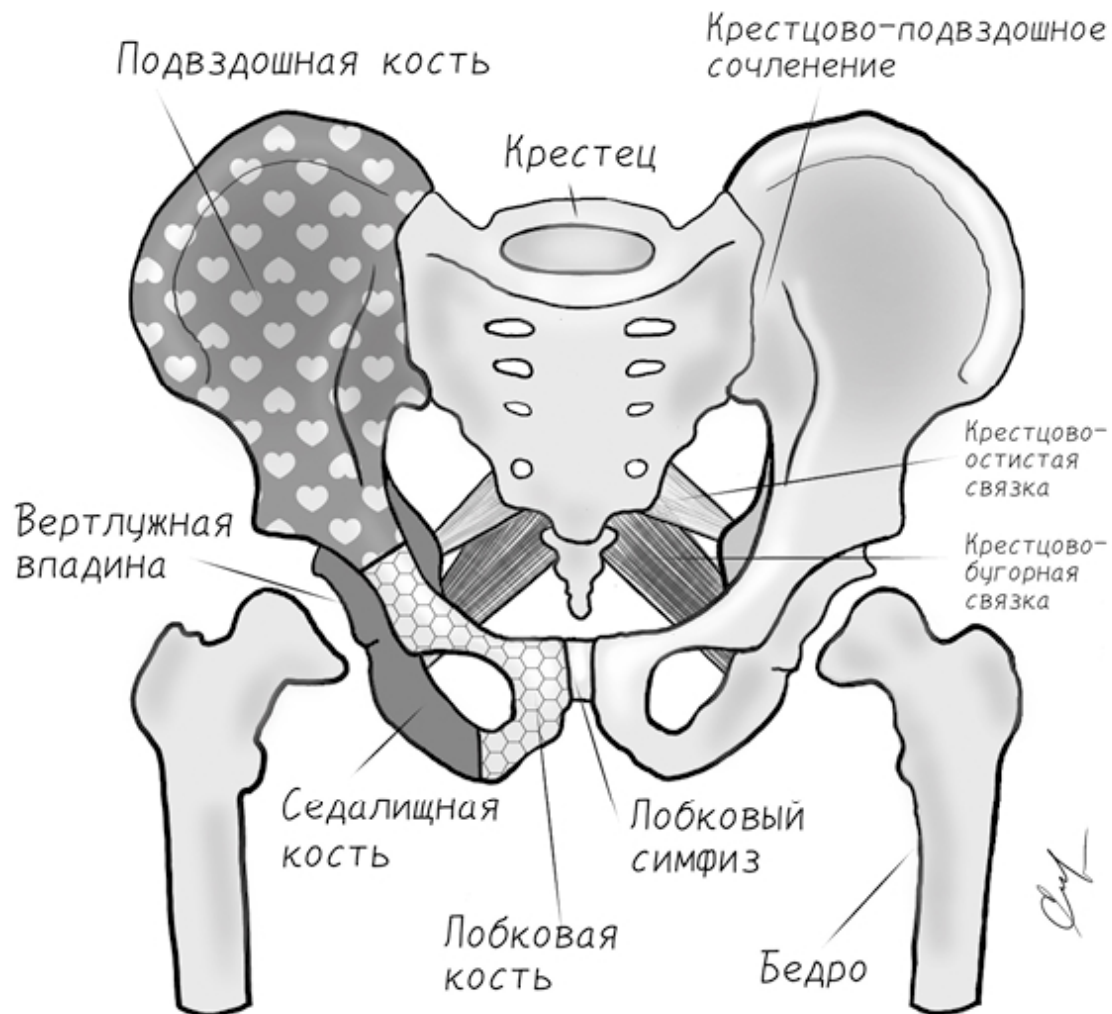


Рис. 4. Костный таз

Нижняя апертура закрыта мышцами, формирующими дно малого таза. Эта зона соответствует области промежности, и, хотя снаружи может показаться, что она совсем небольшая, на самом деле мышцы тазового дна выстилают также костный таз изнутри и представляют собой довольно массивную и многослойную структуру.

Анатомически промежность напоминает ромб, углами которого являются лобковый симфиз спереди, копчик сзади и седалищные бугры по бокам (рис. 5).

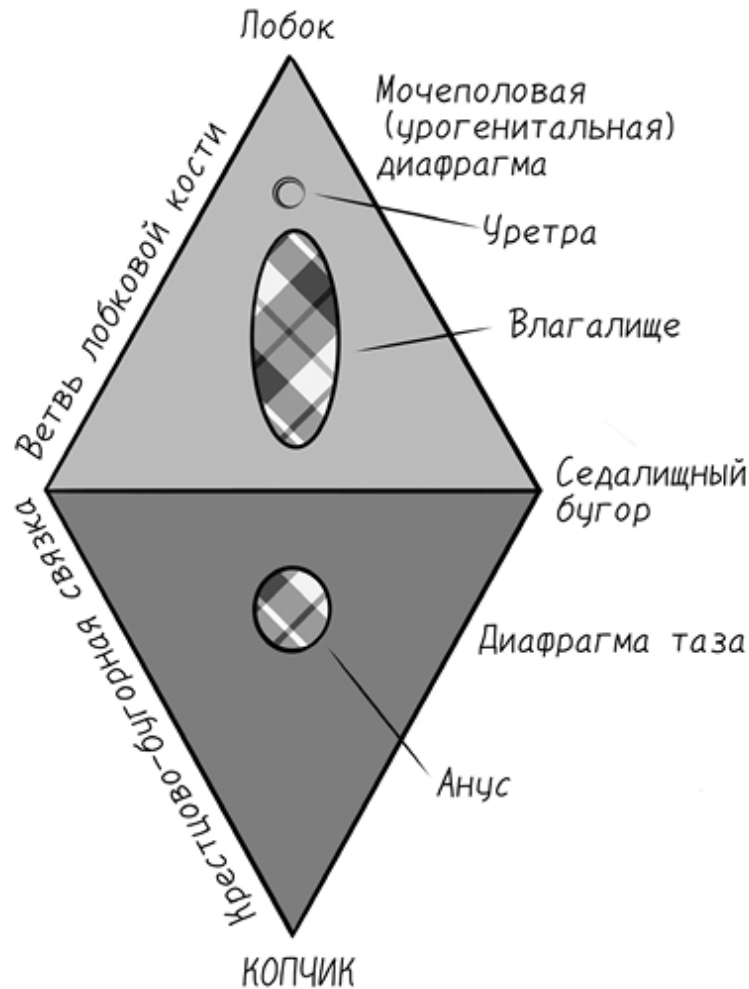


Рис. 5. «Ромб» промежности

Если провести условную линию между седалищными буграми, ромб окажется разделенным на два треугольника.

Передний треугольник, обращенный вершиной к лобку, называют мочеполовой, или уrogenитальной, диафрагмой, так как здесь проходит мочеиспускательный канал, у женщин в этой зоне расположено влагалище, а у мужчин – половой член.

Задний треугольник, вершиной которого является копчик, называют тазовой диафрагмой.

На границе между тазовой и мочеполовой диафрагмами сразу кпереди от ануса находится сухожильный центр промежности, представляющий собой центральный фасциальный узел, к которому концентрически сходятся волокна разных мышц.

При наличии спазма мышц тазового дна сухожильный центр часто оказывается одной из наиболее болезненных и напряженных точек.

Для упрощения в данной книге мы не будем разделять промежность на треугольники. Далее термины «диафрагма таза», «мышцы промежности» и «тазовое дно» используются как синонимы, обозначающие все мышцы, закрывающие выход из малого таза.

Мышцы эти расположены в три слоя (рис. 6).

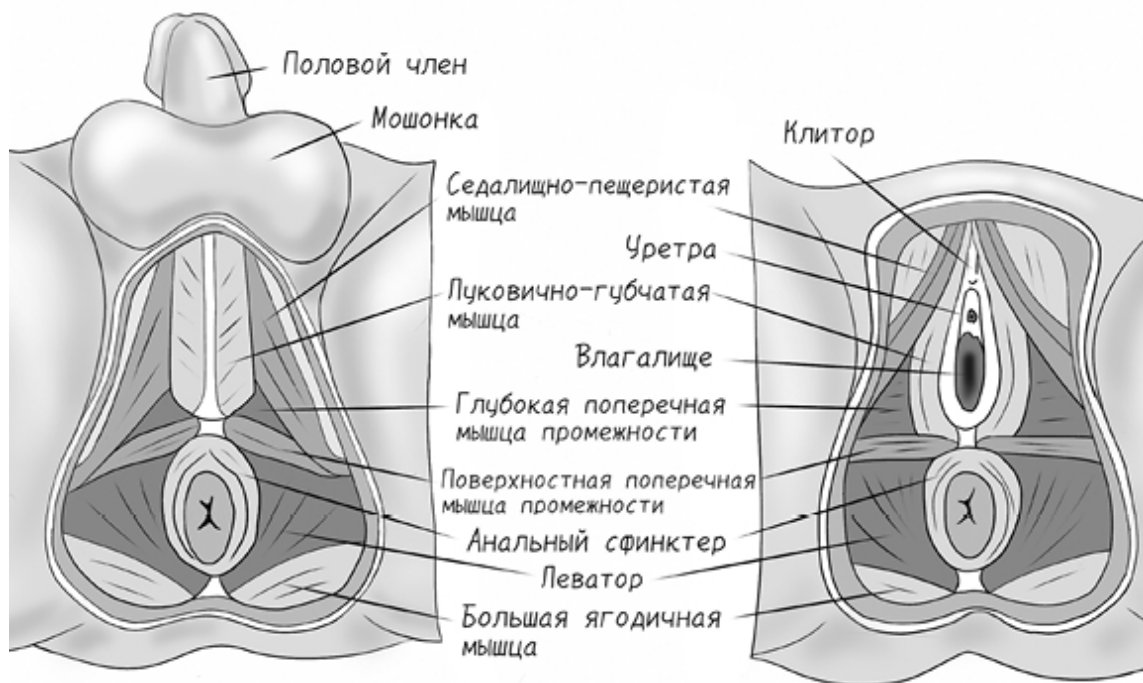


Рис. 6. Мышцы промежности

Поверхностный слой представлен тонкой поверхностной поперечной мышцей промежности, седалищно-пещеристой и луковично-губчатой мышцами, а также анальным сфинктером. Вторым слоем образует глубокую поперечную мышцу промежности, начинающуюся от седалищных бугров и вплетающуюся в сухожильный центр промежности. В том месте, где через урогенитальную диафрагму проходит мочеиспускательный канал, глубокая поперечная мышца промежности формирует наружный сфинктер уретры. Первый и второй слои мышц расположены только в передней части ромба, то есть в мочеполовой диафрагме, что делает эту область лучше укрепленной по

сравнению с задней частью промежности. Однако в случае возникновения спазма в этой зоне клиническая симптоматика оказывается очень разнообразной с учетом функции образующих ее мышц.

Седалищно-пещеристая мышца начинается от седалищной и лобковой кости, охватывает ножку полового члена или клитора и заканчивается апоневротическим расширением, вплетающимся в белочную оболочку пещеристого тела полового члена у мужчин и клитора у женщин. Мышца участвует в процессе эрекции путем повышения давления в кавернозных телах полового члена и уменьшения венозного оттока. Стабилизирует эрегированный половой член.

Луковично-губчатая мышца начинается на нижней поверхности полового члена или клитора, окружает его и вплетается в его оболочку. Участвует в эрекции, сдавливая основание и дорсальную вену полового члена, а также бульбоуретральные железы. Отвечает за набухание головки полового члена при эрекции. У женщин она сжимает отверстие влагалища. Ритмичное сокращение этой мышцы обеспечивает эякуляцию и формирование оргазмических ощущений. Кроме того, луковично-губчатая мышца выталкивает мочу из уретры в конце мочеиспускания.

Третий слой, помимо маленькой копчиковой мышцы, полностью формируется леватором ануса – мышцей, поднимающей задний проход. Леватор заполняет весь ромб. По форме он похож на гамак, подвешенный в передне-заднем направлении, от лобка к крестцу и копчику (рис. 7).

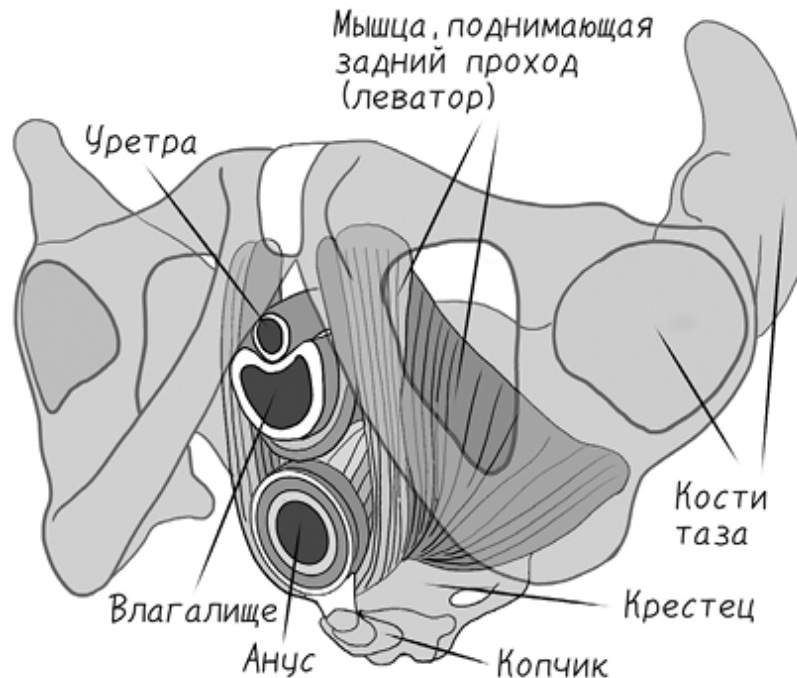


Рис. 7. Леватор ануса

Боковые края гамака не свободны, а так же прикрепляются к костным и сухожильным структурам таза. Часть мышечных пучков охватывает прямую кишку, сливаясь с мышцами, идущими с противоположной стороны. Иногда эту зону леватора называют отдельной лобково-прямокишечной мышцей, те волокна, которые идут от лобка к копчику, – лобково-копчиковой мышцей, а пучки, направляющиеся к копчику от подвздошной кости, – подвздошно-копчиковой мышцей. Если где-то вам встретятся эти названия, не удивляйтесь, это все одна и та же мышца – леватор ануса.

Леватор не только формирует нижнюю стенку малого таза, но и участвует в процессе дефекации. Мышечные волокна в задней его части направляются от стенок таза к прямой кишке, как бы формируя воронку, и вплетаются в ее продольную мускулатуру. Леватор поднимает задний проход вперед и вверх. И еще один очень важный момент. В передней части промежности пучки леватора располагаются у мужчин по бокам от мочевого пузыря и предстательной железы, а у женщин – вдоль мочевого пузыря и влагалища и отдают им часть волокон, которые вплетаются в эти органы. Такое тесное анатомическое соседство является основой многих симптомов со стороны мочевого пузыря, которые возникают на фоне спазма мышц тазового дна (рис. 8).

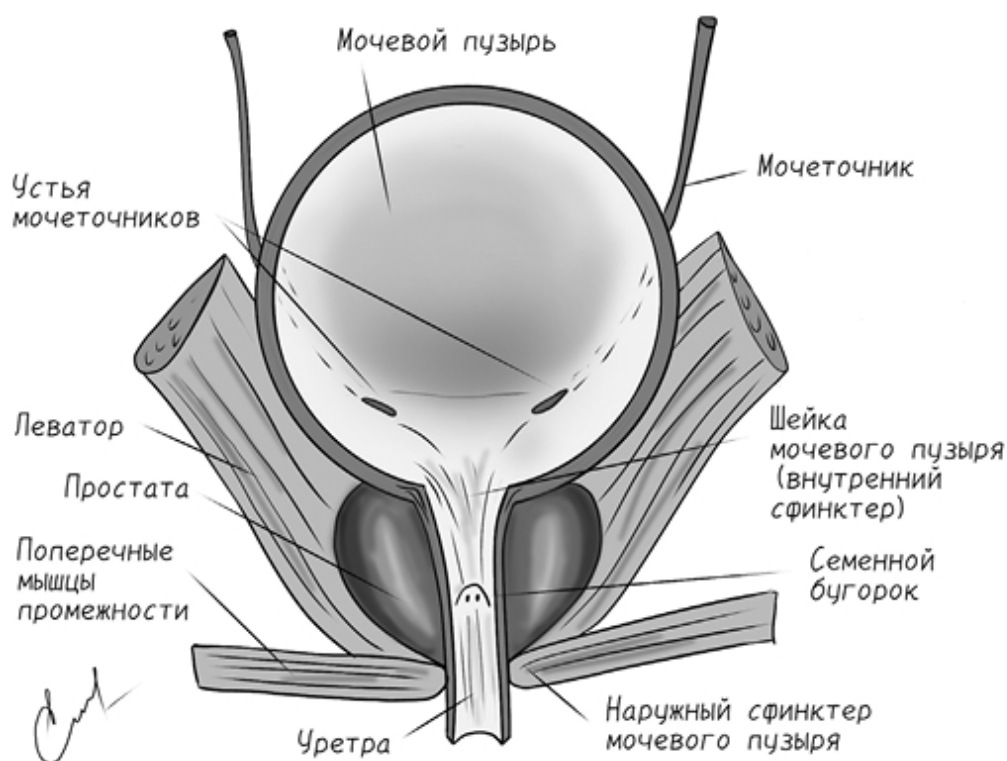


Рис. 8. Мочевой пузырь, простата, леватор ануса

Как и все наше тело, мышцы тазового дна пронизаны волокнами соединительной ткани.

Та же соединительная ткань в виде пленок разной толщины покрывает как отдельные мышечные пучки, так и мышцы в целом. Такие структуры называются фасциями. Все, кто хоть раз разделявал сырое мясо, хорошо представляют себе, как выглядят эти белые пленки, от полупрозрачных до очень плотных. Мышцу, поднимающую задний проход, снаружи покрывает нижняя фасция диафрагмы таза, являющаяся частью поверхностной фасции тела, а изнутри ее выстилает верхняя фасция диафрагмы таза, которая представляется продолжением внутритазовой фасции, покрывающей изнутри стенки живота и полости таза. Таким образом, тазовое дно оказывается вовлеченным в общую мышечно-фасциальную сеть, связывающую все части нашего тела друг с другом.

Органы, расположенные в малом тазу: мочевой пузырь, прямая кишка, шейка матки и влагалище у женщин и простата у мужчин – частично также покрыты внутритазовой фасцией, переходящей с

одного органа на другой, а затем на мышцы и стенки таза. Но не только внутритазовая фасция соединяет органы между собой и формирует поддерживающие их связки. Брюшина – тонкая серозная оболочка, выстилающая полость живота изнутри, – спускается со стенок таза на мочевой пузырь, охватывает матку и прямую кишку, образуя широкую связку матки, пузырно-маточное и маточно-прямокишечное углубление у женщин и пузырно-прямокишечное углубление у мужчин (рис. 9).

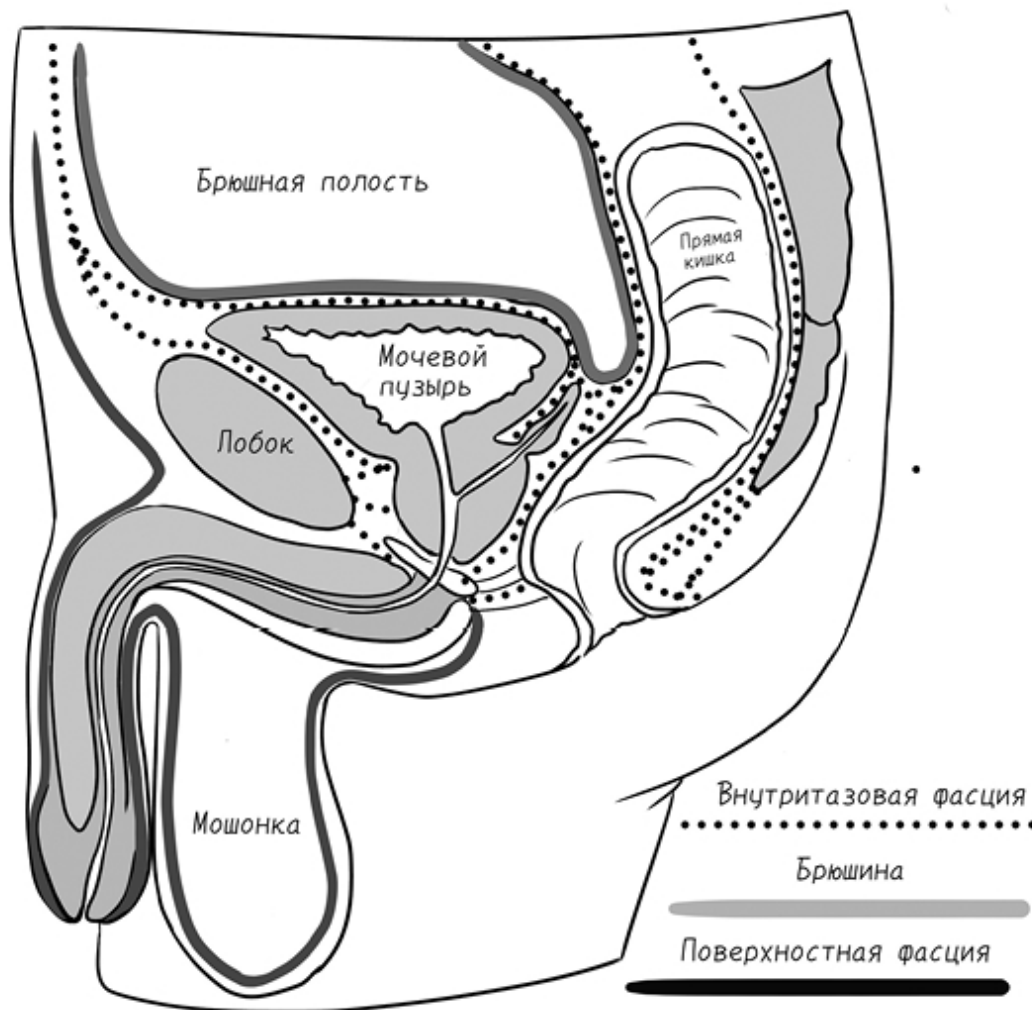


Рис. 9. Внутритазовая фасция и брюшина

Брюшина и фасции обеспечивают структурное единство органов малого таза.

Когда мы говорим о заболеваниях отдельных органов с позиции узкопрофильного подхода, теряется ощущение связанности всех этих структур. Но стоит только посмотреть на таз как на цельную систему,

объединенную соединительнотканнкими элементами и брюшиной, как взаимосвязь симптомов, которые испытывают пациенты с СХТБ, становится очевидной.

Функции мышц тазового дна

Важной функциональной особенностью мышц тазового дна является то, что они находятся в постоянном тоническом напряжении, так как служат для удержания мочи и кала. Именно поэтому они на 70 % состоят из «медленных» мышечных волокон (тип 1) и только на 30 % – из «быстрых» (тип 2). Это единственные скелетные мышцы, демонстрирующие миоэлектрическую активность даже в состоянии покоя! Наружный сфинктер уретры, анальный сфинктер и леватор имеют постоянную тоническую активность.

Формируя дно полости живота, они обеспечивают поддержку внутренним органам, находящимся в брюшной полости и полости малого таза. Важно отметить, что «дном» полости таза мышцы, располагающиеся в промежности, в процессе эволюционного развития стали только у человека в связи с переходом тела в вертикальное положение. У братьев наших меньших эти мышцы были скорее в вертикальной плоскости, образуя заднюю стенку таза, и им не приходилось испытывать высокую нагрузку, создаваемую находящимися в полости живота органами. Прямохождение не добавило здоровья и нашему позвоночнику. Вертикальная нагрузка и тяжесть головы обрекли человека на проблемы с осанкой, сколиоз, остеохондроз и прочие трудности. Поскольку мышцы таза являются частью кора, или пояснично-тазовой системы стабилизации, их спазм часто становится результатом компенсации других скелетно-мышечных проблем.

Эволюция сыграла с человеком еще одну злую шутку, лишив его хвоста.

Не смейтесь. Если бы мы имели возможность двигать хвостом, мышцы тазового дна находились бы в движении, и риск возникновения их гипертонуса, вероятно, был бы меньше. Хвост у животных выполняет очень важную функцию социального взаимодействия. В учебниках по ветеринарии и руководствах для кинологов можно

встретить картинки, описывающие, какие эмоции у собак означают те или иные движения хвоста (рис. 10).

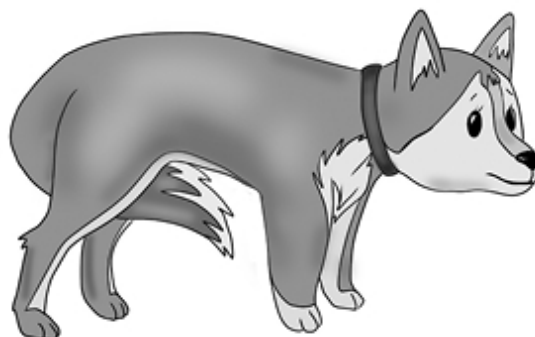


Рис. 10. Хвост и эмоции

Человек утратил хвост, однако мышцы промежности сохранили теснейшую взаимосвязь с эмоциональным состоянием. Это во многом объясняет, почему спазм мышц и тазовая боль так часто оказываются связаны с психоэмоциональным стрессом. Бойтесь и поджимаете хвост? Это прямой путь к спазму мышц тазового дна. Те образные выражения, которые мы используем в речи, описывая чувство страха и напряжения, – «очковать», «сжать очко», – оказываются не такими уж образными, так как мышца, поднимающая задний проход, действительно сжимается в ответ на негативные эмоции.

Взаимосвязь мышц промежности с эмоциями экспериментально доказана в ряде клинических исследований. Участникам эксперимента прикрепляли на промежность датчики, регистрирующие мышечное сокращение, и показывали фильмы. Оказалось, что во время страшных, пугающих сцен на экране мышцы промежности начинали сжиматься, а позитивные кадры не сопровождалось усилением мышечной активности [4].

Роль «общения» в социуме в какой-то мере сохранилась за промежностью, не только в память о наличии хвоста, но и из-за того, что тазовое дно с его фасциями, мышцами и отверстиями – непосредственный участник полового акта как у мужчин, так и у женщин. Половое возбуждение, эрекция, семяизвержение и оргазмические ощущения и так представляют собой весьма сложные и хрупкие процессы, зависящие от психоэмоционального состояния человека. Повышенная же «эмоциональная реактивность» мышц таза

может дополнительно влиять на сексуальную функцию далеко не самым лучшим образом. Качество эрекции, длительность полового акта, напор спермы при семяизвержении, наличие и яркость оргазма могут меняться в зависимости от состояния мышц мочеполовой диафрагмы.

Тазовое дно принимает непосредственное участие в функционировании мочеполовой системы. Мочеиспускательный канал проходит через мышцы тазовой диафрагмы, которые имеют в этом месте кольцевой ход волокон, формируя наружный сфинктер мочевого пузыря (рис. 7). Этот сфинктер, в отличие от внутреннего, расположенного в области шейки мочевого пузыря и представленного гладкомышечными волокнами, является произвольным, то есть подконтрольным сознанию, как и все скелетные (поперечнополосатые) мышцы. Усилием воли мы можем сжимать и расслаблять наружный сфинктер. Большую часть времени он находится в сокращенном состоянии, именно это позволяет нам удерживать мочу, оставаясь сухими, несмотря на колебания внутрибрюшного давления. При повышении давления в брюшной полости мышцы таза быстро и бессознательно реагируют, сфинктер сжимается, обеспечивая сопротивление возросшему давлению на мочевой пузырь со стороны полости живота. Благодаря такому механизму удастся удерживать мочу при кашле, чихании, смехе, прыжках, поднятии тяжестей и других видах физической активности. В то же время способность осознанно расслаблять наружный сфинктер мочевого пузыря позволяет нам инициировать процесс мочеиспускания, когда мы выбрали для этого подходящее время и место.

В норме расслабление наружного сфинктера «запускает» сокращение стенки мочевого пузыря, обеспечивающее процесс мочеиспускания.

Функциональное состояние мышц тазового дна имеет непосредственное отношение к тому, как начинается и протекает мочеиспускание, а также к ощущению «позыва» и чувству «удовлетворенности» после опорожнения мочевого пузыря.

Еще один важнейший процесс – удержание кала, газов и опорожнение прямой кишки – так же протекает при обязательном

участии мышц промежности. В области наружного отверстия прямой кишки (ануса) мышцы тазового дна имеют циркулярный ход волокон и образуют наружный сфинктер прямой кишки – произвольный, подчиняющийся нашему осознанному контролю. В опорожнении прямой кишки участвует не только анальный сфинктер, но и сам леватор (рис. 7).

Большое значение для легкой дефекации имеет натяжение фасция и связок, во многом определяющее расположение прямой кишки и аноректальный угол. Уменьшение аноректального угла, по данным ультразвукового исследования малого таза, является косвенным признаком гипертонуса мышц тазового дна и сопровождается затрудненной дефекацией. В свою очередь, затрудненное опорожнение кишечника приводит к появлению анальных трещин и обострению геморроя. А сам процесс дефекации у пациентов с СХТБ и миофасциальным синдромом тазового дна может приводить к усилению болезненных ощущений, так как заставляет двигаться болезненные и напряженные мышцы тазового дна.

Другие важные мышцы таза

Помимо мышц, образующих диафрагму таза, в этой книге будут упоминаться еще и другие мышцы, которые не относятся к тазовому дну, но тоже располагаются в области таза и вносят свой вклад в развитие СХТБ.

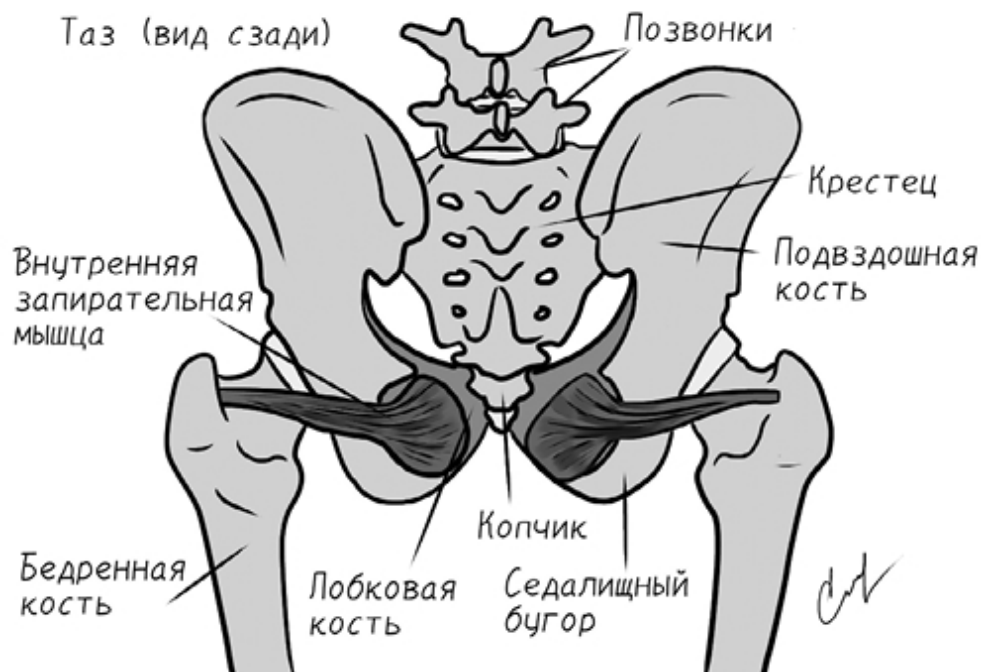


Рис. 11. Внутренняя запирательная мышца

Одной из важнейших в этом плане является внутренняя запирательная мышца (рис. 11).

Своей широкой частью она начинается в полости малого таза от внутренней поверхности запирательного отверстия, затем перегибается через ветвь седалищной кости и покидает таз, прикрепляясь тонким сухожилием к бедренной кости. При сокращении эта мышца вращает бедро наружу. Казалось бы, она не имеет никакого отношения к органам мочеполовой системы. Однако есть три анатомические особенности, которые определяют ее огромную роль в патогенезе тазовой боли.

Изнутри в тазу внутреннюю запирательную мышцу покрывает соответствующая фасция. Она имеет два слоя, между которыми проходит сосудисто-нервный пучок, содержащий половой нерв, половую артерию и половую вену. Туннель, сформированный листками фасции внутренней запирательной мышцы, известен как пудендальный канал или канал Алькока и может являться местом сдавления полового нерва и сосудов (рис. 12).

ПОЛОВОЙ НЕРВ



Рис. 12. Половой нерв и канал Алькока

Компрессия сосудисто-нервного пучка способна носить как рубцовый характер, так и функциональный, происходящий на фоне спазма внутренней запирательной мышцы.

Вторая особенность заключается в том, что эта мышца и ее фасция, закрывая внутреннее запирательное отверстие, образуют переднебоковую стенку таза, и леватор, располагающийся в другой плоскости, вместе со своими фасциями прикрепляется изнутри к фасции внутренней запирательной мышцы (рис. 13).

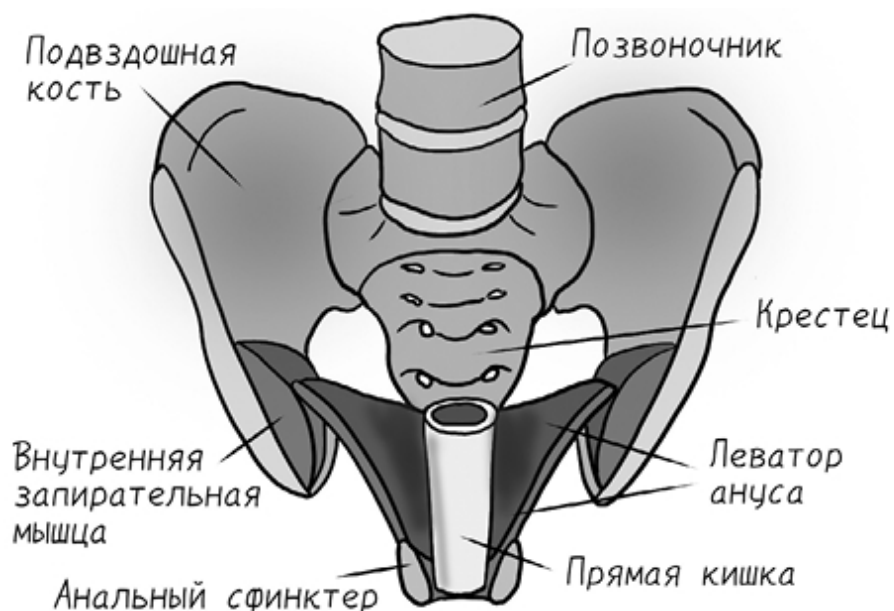


Рис. 13. Взаимоотношение внутренней запирающей мышцы и леватора ануса

Таким образом, тазовая диафрагма в области урогенитального треугольника (передняя часть нашего ромба) оказывается непосредственно связанной с внутренними запирающими мышцами. В случае спазма этих мышц она натягивается между ними, что в первую очередь приводит к появлению симптомов со стороны уретры, так как мочеиспускательный канал проходит через мочеполовую диафрагму.

И третий момент. Вместе с наружной запирающей мышцей и соединительнотканной мембраной, закрывающей запирающее отверстие, внутренняя запирающая мышца формирует запирающий канал, через который из полости таза на бедро следует нерв, иннервирующий приводящую группу мышц бедра. Неслучайно у пациентов с синдромом хронической тазовой боли часто обнаруживаются триггерные точки в мышцах по внутренней поверхности бедер.

Грушевидная мышца, как и запирающая, относится к мышцам пояса нижних конечностей (рис. 14).

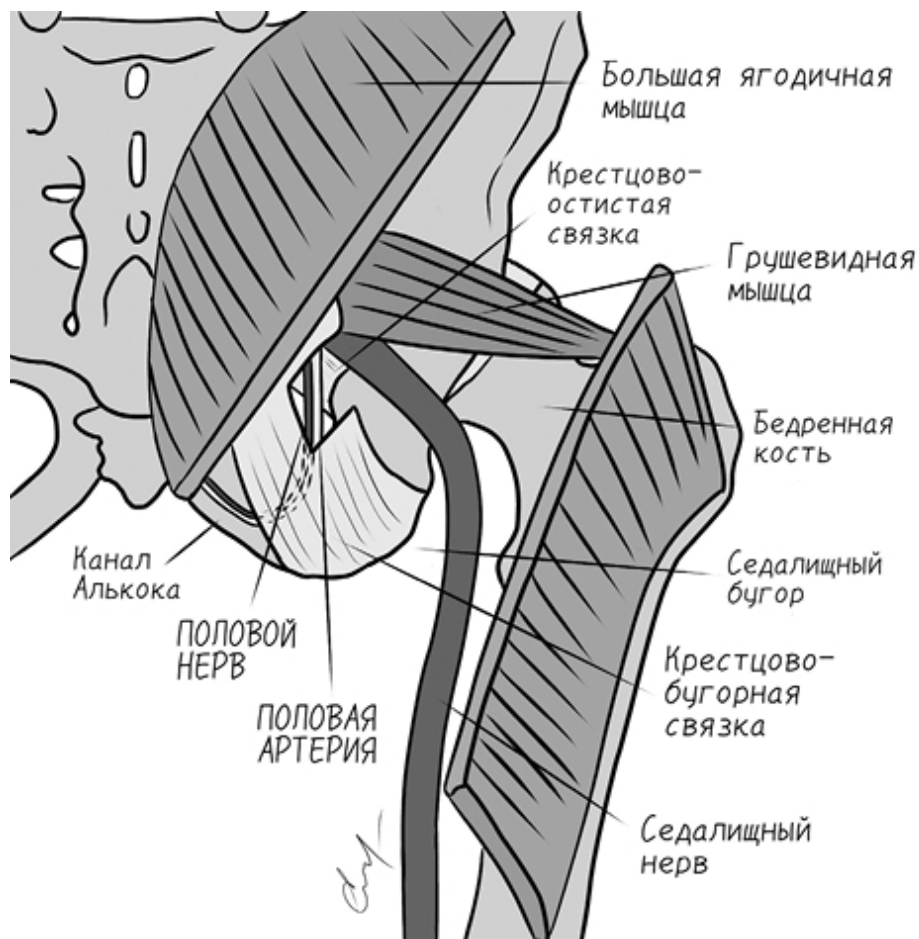


Рис. 14. Грушевидная мышца

Она также начинается в полости малого таза – от внутренней поверхности крестца. Далее через большое седалищное отверстие выходит из таза и оказывается в ягодичной области, глубоко под ягодичными мышцами.

Грушевидная мышца прикрепляется к большому вертелу бедренной кости. Сокращаясь, она вращает бедро кнаружи и частично отводит его. Фасция, покрывающая грушевидную мышцу в тазу, также является частью общей внутритазовой фасции, а значит, натяжение грушевидной мышцы и фасции будет отражаться на всем тазовом дне. Кроме того, проходя через большое седалищное отверстие, грушевидная мышца разделяет его на надгрушевидное и подгрушевидное. Через надгрушевидное отверстие из полости таза выходят сосуды и нервы к ягодичным мышцам (верхний ягодичный сосудисто-нервный пучок), через подгрушевидное в ягодичную область попадают седалищный нерв, задний кожный нерв бедра, нижний

ягодичный сосудисто-нервный пучок, а также половой сосудисто-нервный пучок, содержащий половой нерв, еще до его попадания в канал Алькока.

Несложно догадаться, что спазм грушевидной мышцы может сопровождаться самой разнообразной симптоматикой в зависимости от того, какие структуры окажутся сдавленными в седалищном отверстии.

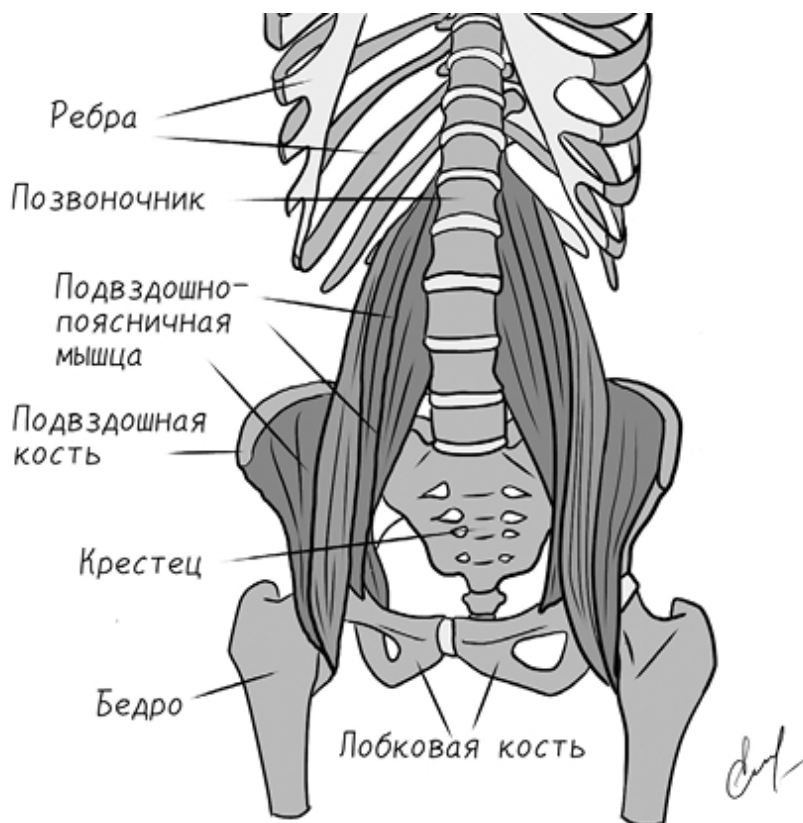


Рис. 15. Подвздошно-поясничная мышца

И еще одна важная мышца, про которую нельзя не вспомнить, – подвздошно-поясничная (рис. 15).

Эта крупная мышца состоит из двух частей: большой поясничной мышцы, начинающейся от отростков поясничных позвонков, и подвздошной, берущей начало от ямки подвздошной кости. Два мышечных пучка сливаются и, уходя под паховой связкой на переднюю поверхность бедра, общим сухожилием прикрепляются к бедренной кости. Сокращаясь, они сгибают бедро и вращают его наружу.

Подвздошно-поясничная мышца в полость таза практически не заходит, она расположена выше. Почему тогда мы про нее вспомнили?

Дело в том, что через толщу этой мышцы проходят нервы поясничного сплетения, иннервирующие кожу интимной зоны (рис. 16):

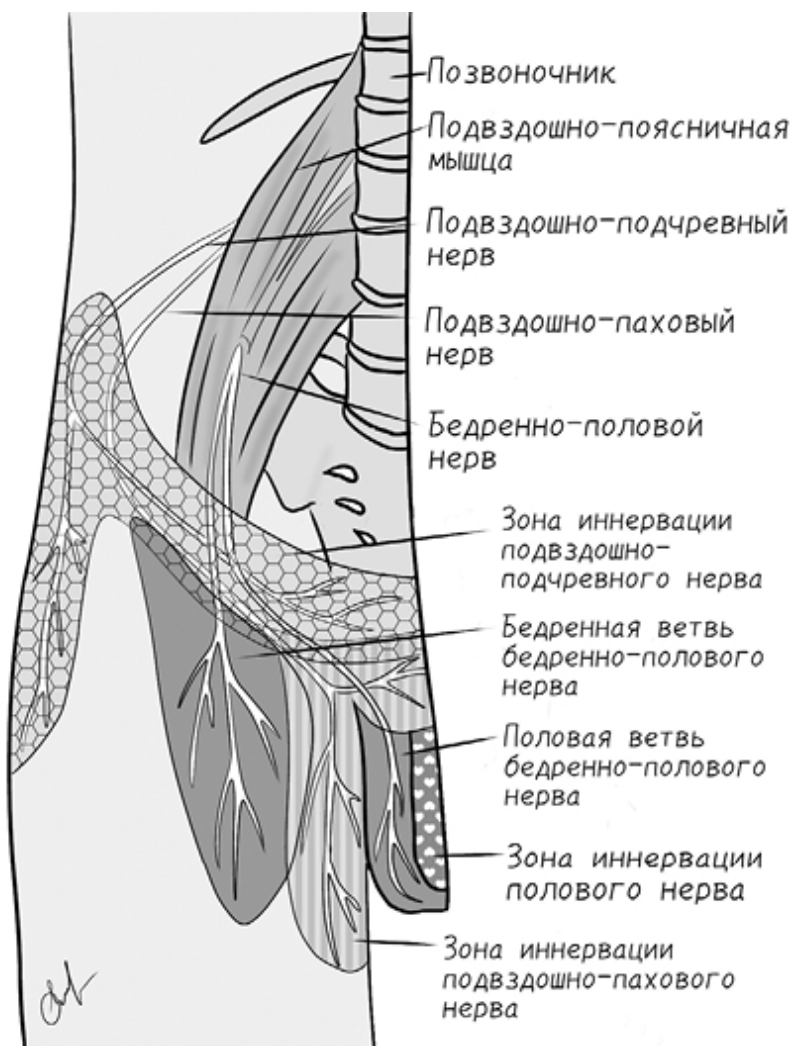


Рис. 16. Нервы поясничного сплетения

- подвздошно-подчревный нерв, выйдя из-под края большой поясничной мышцы, проходит между слоями мышц брюшной стенки, а затем в образованном ими паховом канале и иннервирует кожу внизу живота, над лобком, то есть «под чревом», а также область верхней части ягодицы и крестцово-подвздошного сустава;
- подвздошно-паховый нерв идет параллельно предыдущему, только чуть ниже, разветвляясь в коже паховой области, лобка, корня полового члена, мошонки и большой половой губы;

- бедренно-половой нерв, пройдя через большую поясничную мышцу, делится на половую ветвь, иннервирующую оболочки яичка, и бедренную, которая разветвляется в коже бедра под паховой связкой;
- боковой кожный нерв бедра, бедренный нерв и запираательный нерв следуют к коже и мышцам бедра.

Сдавление этих нервов в случае спазма подвздошно-поясничной мышцы может приводить к появлению боли в местах, которые они иннервируют. Компрессия возможна и в других местах. Так, подвздошно-подчревный и подвздошно-паховый нервы могут оказаться сдавленными между мышцами передней брюшной стенки или в паховом канале, запираательный – в запирательном канале.

Боли в зонах иннервации подвздошно-подчревного, подвздошно-пахового и бедренно-полового нерва нередко возникают после операций по поводу паховой грыжи.

Сдавление может быть связано как со спазмом и натяжением мышц и фасциальных структур, так и с рубцовыми изменениями – в случае послеоперационной боли.

Половой нерв

Поскольку речь зашла о нервах таза и иннервации промежности и половых органов (рис. 17), нельзя не вспомнить о половом нерве, ведь именно подозрение на его нейропатию является одним из частых неврологических диагнозов у пациентов с тазовой болью.

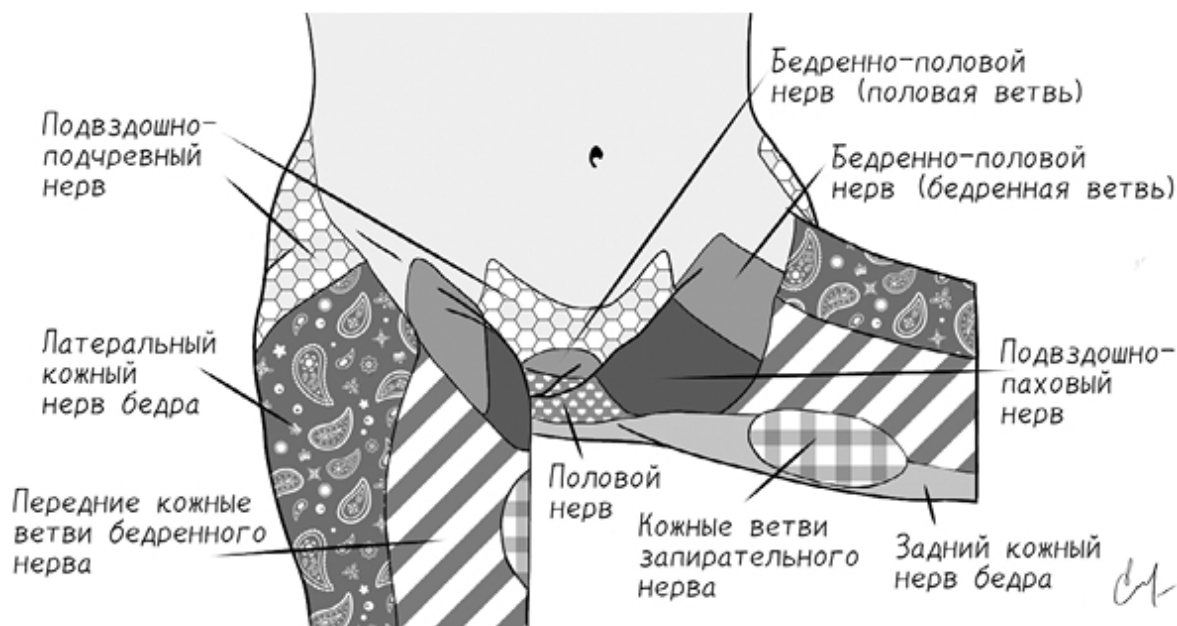


Рис. 17. Иннервация кожи промежности и половых органов

Анатомический путь полового нерва довольно сложен, что, к сожалению, создает условия для его сдавления в разных местах.

В полости таза нерв формируется из корешков крестцовых спинномозговых нервов и лежит между фасциями на грушевидной мышце и передней поверхности крестцово-подвздошного сочленения, а у некоторых людей даже проходит через толщу грушевидной мышцы (рис. 12). Далее нерв огибает седалищную кость и через подгрушевидное отверстие попадает в ягодичную область. Здесь он может сдавливаться грушевидной мышцей, если она спазмирована (рис. 14). Затем нерв проходит между крестцово-остистой и крестцово-бугорной связками, где также возможно сдавление. Вернувшись в полость таза, нерв попадает в канал Алькока на поверхности внутренней запирающей мышцы – и это еще одно узкое место, в котором половой нерв может оказаться зажат (рис. 12).

Половой нерв имеет три ветви:

- нижний прямокишечный нерв, иннервирующий наружный сфинктер и слизистую оболочку прямой кишки и кожу около ануса;
- промежностный нерв, разветвляющийся в мышцах тазового дна (поверхностной поперечной, луковично-губчатой и седалищно-пещеристой, наружном сфинктере уретры), кавернозных телах

полового члена, коже промежности и задних отделов мошонки и больших половых губ;

- дорсальный нерв полового члена или клитора, выйдя из-под лобковой кости (где тоже может сдавливаться, например при длительной езде на велосипеде) иннервирует урогенитальную диафрагму, кавернозные тела, кожу полового члена или клитора, крайнюю плоть и головку полового члена, большие и малые половые губы и частично уретру.

Таким образом, компрессия полового нерва может быть связана с гипертонусом мышц тазового дна, грушевидной или запирающей мышцы, послеоперационными или посттравматическими рубцовыми изменениями по ходу нерва, а также другими причинами. К счастью, истинная нейропатия полового нерва, сопровождающаяся его структурными изменениями, встречается очень редко, в отличие от мышечно-фасциальных проблем.

Глава 3

Осознайте свою боль

Спазм мышц и полный таз симптомов

Все мы – урологи, гинекологи и проктологи – работаем в одном тазу.

Проф. Журавлев В. Н.

Статьи, посвященные гипертонусу тазового дна, появляются в медицинской литературе, начиная с 70-х годов XX века. Это состояние фигурирует под разными терминами: миалгия напряжения тазового дна, укороченное тазовое дно, нерасслабляющееся тазовое дно, миофасциальный синдром или спазм мышц тазового дна.

В 2005 году появилось определение Международного общества по удержанию мочи (ICS), согласно которому состояние, при котором мышцы тазового дна не расслабляются или даже могут сокращаться в те моменты, когда функционально необходима релаксация, например при мочеиспускании и дефекации, называется гиперактивным тазовым дном. Позднее было уточнено, что термин «гиперактивное тазовое дно» подразумевает не только гиперактивность, но и гипертонус мышц [5].

Повышенный тонус мышц тазового дна и их неадекватное функционирование лежат в основе или участвуют в развитии многих трудно поддающихся лечению урологических, гинекологических и проктологических проблем.

В урологии с гиперактивностью тазового дна ассоциированы:

- СХНБ – хронический невоспалительный болевой синдром внизу живота, промежности, уретре, половых органах;
- интерстициальный цистит;
- рецидивирующий бактериальный цистит;
- рецидивирующий бактериальный простатит;
- различные нарушения мочеиспускания;
- сексуальные дисфункции;
- боль при семяизвержении или после него;

- варикозное расширение вен таза.

В гинекологии:

- СХНБ – хронический невоспалительный болевой синдром внизу живота, промежности, половых органах;
- боль при половом акте или прикосновении к половым органам (диспаурения, вульводиния, вагинизм);
- оргазмическая боль;
- болезненные менструации;
- эндометриоз;
- варикозное расширение вен таза;
- рецидивирующий вагиноз или вагинит.

В проктологии:

- СХНБ – хронический невоспалительный болевой синдром в прямой кишке, в области ануса, копчика, крестца, в промежности, внизу живота (кокцигодия, прокталгия, анизм);
- синдром раздраженной кишки;
- анальные трещины;
- затрудненная дефекация;
- запоры;
- геморрой.

Повышенный тонус, спазм, неадекватное расслабление мышц тазового дна, а также других мышц, формирующих стенки таза, и натяжение фасций в комплексе с другими компонентами СХТБ могут приводить к самым разнообразным симптомам, встречающимся как изолированно, так и в различных комбинациях.

Симптомы, связанные с мочеиспусканием:

- ощущение постоянного навязчивого позыва;
- затрудненное мочеиспускание и плохой напор мочи;
- чувство неполного опорожнения мочевого пузыря;
- выделение мочи из уретры через какое-то время после мочеиспускания (дриблинг);
- необходимость просыпаться в туалет ночью;
- боль внизу живота или промежности при наполнении мочевого пузыря;
- боль в уретре во время или после мочеиспускания.

Боли различной локализации, постоянные или эпизодические, не связанные с воспалением, то есть сохраняющиеся на фоне хороших

анализов:

- боль в промежности;
- боль в мошонке/яичках/придатках;
- боль в половом члене;
- боль в уретре;
- боль в области анального отверстия;
- боль в копчике;
- боль в крестце;
- боль внизу живота;
- боль в ягодичной области;
- боль по задней или внутренней поверхности бедра;
- боль в пояснице;
- боль в области клитора, половых губ, вульвы;
- ощущение спазма, напряжения в промежности.

Симптомы, связанные с половым актом у женщин:

- боль на входе во влагалище при введении полового члена;
- боль глубоко во влагалище в определенных позах;
- боль при прикосновении к клитору, к вульве;
- боль при оргазме;
- отсутствие оргазма (аноргазмия);
- обострение цистита после полового акта.

Симптомы, связанные с половым актом у мужчин:

- плохая эрекция;
- недостаточная твердость головки полового члена в возбужденном состоянии;
- преждевременное семяизвержение;
- трудности в достижении семяизвержения и оргазма;
- болезненное семяизвержение.

Другие симптомы, связанные с половыми органами у мужчин и женщин:

- гиперчувствительность;
- неприятные ощущения или даже боль при прикосновении к половым органам;
- дискомфорт при ношении тугого белья или одежды;
- изменение цвета кожи и/или слизистых половых органов;
- набухание, изменение цвета губок уретры у мужчин;
- подергивания, тики в области промежности или половых органов;

- ощущение «набухания» полового члена или клитора, не связанное с сексуальным возбуждением;
 - ощущение инородного тела в промежности или влагалище;
 - резкая боль при гинекологическом осмотре, введении зеркала – у женщин;
 - резкая боль при ректальном осмотре – у мужчин.
- Симптомы, связанные с задним проходом и дефекацией:
- боль в анальном отверстии или рядом с ним;
 - затрудненная дефекация, запоры;
 - анальная трещина;
 - зуд в области ануса;
 - чувство инородного тела в прямой кишке.

Все эти симптомы удивительным образом переплетаются между собой, делая каждого пациента с СХТБ особенным, не похожим на всех остальных.

Многие из перечисленных жалоб неспецифичны, то есть могут встречаться и при других заболеваниях. Однако, если тщательное обследование у соответствующих специалистов не показало каких-либо значимых отклонений от нормы, нет признаков воспаления в анализах (в моче, секрете простаты, мазках из половых путей), а стандартное лечение не приносит эффекта, нужно задуматься о том, в каком состоянии находятся мышцы тазового дна! При этом наличие симптомов из разных подгрупп будет говорить в пользу их миофасциальной природы.

Если вы узнали свои основные симптомы, посмотрите внимательно еще раз на весь список, может быть, у вас присутствуют и другие, менее выраженные проявления гиперактивности тазового дна.

СтраШно больно

– Где болит? «Там, где никому не видно, – подумал я...»

Рей Брэдбери

По своей сути спазм скелетных мышц, наличие в них триггерных точек или общая болезненность не являются страшным или

жизнеугрожающим состоянием и не ведут к каким-либо серьезным последствиям.

Большинство из нас привыкло жить с теми или иными мышечными болями в теле. У кого не болела шея и спина при длительном сидении? Или поясница после физической нагрузки?

К таким болям люди обычно относятся довольно лояльно, чего нельзя сказать об ощущениях, возникающих внизу живота и промежности. Пугает то, что симптомы могут оказаться проявлением тяжелых, возможно, даже опухолевых заболеваний расположенных в малом тазу органов. Болезнь затрагивает жизненно важные повседневные процессы – мочеиспускание и дефекацию, что тоже не добавляет оптимизма. А уж нарушения в сексуальной сфере могут носить просто катастрофический характер, особенно для мужчин. Интимность проблемы, невозможность свободно обсуждать ее с окружающими в тысячу раз усиливают негативные эмоции, связанные с СХТБ.

Факт осознания природы боли и понимание ее относительной безопасности не только дают ключи к решению проблемы, но и сами по себе значительно облегчают состояние. Чувствуете? Вам уже становится лучше.

Есть некоторые особенности миофасциального болевого синдрома мышц таза, позволяющие отличить его от других проблем.

Боль может носить как односторонний, так и двухсторонний характер. Усугубляется при выполнении определенных движений или в определенных позах, но чаще всего к усилению болевого синдрома приводит длительное пребывание в положении сидя. Многие пациенты при сидении вынуждены переносить вес на один из седалищных бугров или одну ягодицу, чтобы щадить ту сторону, где локализована боль. Некоторые и вовсе стараются сидеть как можно меньше. Длительные поездки в машине становятся мучительными или вообще невозможными.

Боль значительно обостряется на фоне стресса. Такую взаимосвязь обычно сложно ощутить, если спазм тазового дна сильно выражен, но те пациенты, которые уже проходят лечение миофасциального синдрома и частично избавились от гипертонуса, начинают четко

проследить связь психоэмоционального волнения с напряжением мышц таза.

Холод провоцирует боль. Иногда пациентам кажется, что на фоне переохлаждения у них случился цистит или простатит. Такое, конечно, тоже возможно, однако для развития воспалительного процесса в простате или мочевом пузыре нужно время, по крайней мере несколько часов. Если боль моментально возникает на холоде, то простата или пузырь тут ни при чем: так быстро могут реагировать на переохлаждение только мышцы. Некоторым пациентам с синдромом хронической тазовой боли присуща общая негативная реакция на холод, у них часто мерзнут ноги, они не могут находиться в помещении, где работает кондиционер, избегают улицы, чрезмерно тепло одеваются. Такая проблема, вероятно, связана с неадекватной реакцией вегетативной нервной системы, сопровождающейся спазмом мелких сосудов.

Тепло же, напротив, облегчает мышечную боль. При этом оно должно быть мягким и комфортным. Если теплая ванна, душ, направленный на промежность, или грелка между ног приносят вам пусть даже непродолжительное облегчение, это уже говорит в пользу того, что тазовая боль обусловлена миофасциальным синдромом.

Физическая нагрузка по-разному может действовать на тазовую боль в зависимости от того, какие именно мышцы напряжены и какие еще скелетно-мышечно-фасциальные проблемы есть в теле. Как правило, активная нагрузка – тренажерный зал, фитнес, командные виды спорта – не только разогревает мышцы, но и «переключает мозг», отвлекает, помогает снять стресс, а значит, уменьшает боль. Но некоторые силовые упражнения, особенно неправильно выполненные, сопровождаются повышением внутрибрюшного давления и могут перегружать тазовое дно, усиливая симптомы. Такие упражнения требуют осторожности и правильной техники. Также следует избегать длительной езды на велосипеде – это единственный вид физической активности, который заведомо неблагоприятно влияет на СХТБ.

Алкоголь облегчает симптомы, если они связаны с мышцами. В умеренных количествах он оказывает миорелаксирующее (расслабляющее) и успокаивающее действие.

Если употребление алкоголя быстро усугубляет симптомы, это может свидетельствовать о «раздраженном» или воспаленном состоянии слизистых оболочек мочевыводящих путей (мочевого пузыря и уретры), реже – о нейропатии полового или других нервов. В этих же случаях к ухудшению приводит употребление в пищу острых, соленых или консервированных продуктов.

Боль может появляться после мочеиспускания или дефекации. И это неудивительно, ведь для того, чтобы опорожнить кишечник или мочевой пузырь, нужно расслабить тазовое дно. Получается, что вы заставляете спазмированные мышцы шевелиться, и им это не нравится. С дефекацией бывает и обратная история – может, наоборот, наступать облегчение болевого синдрома. Вероятно, это связано с тем, что удастся хорошо расслабить мышцы и, поскольку кишечник теперь пустой, степень напряжения анального сфинктера и леватора уменьшается.

Половой акт и вовсе заставляет активнейшим образом работать мышцы таза, поэтому нередко влечет обострение симптомов. Сам процесс семяизвержения может быть очень болезненным при наличии триггерных точек в мышцах уrogenитальной диафрагмы. Реже встречается обратная ситуация, когда оргазм приводит к расслаблению мышц и снимает на какое-то время болевой синдром.

Кончайте не медленно

Конец станет началом, мимолетное – бесконечным.

Шань Са

Желание и способность совершить половой акт, испытать сексуальное наслаждение и оставить потомство являются основополагающими моментами человеческого существования на Земле. Как мужчины, так и женщины испытывают потребность в комфортной, безболезненной и приносящей радость половой жизни. Анатомическую и физиологическую базу для совершения полового акта и реализации репродуктивной функции дают органы, непосредственно прилежащие к тазовому дну изнутри и снаружи. Диафрагма таза является активным участником всех связанных с этим

процессов. Наличие напряжения, спазма, боли в области промежности может нарушать различные аспекты сексуальной жизни.

Распространенность сексуальной дисфункции у мужчин с СХТБ составляет от 50 до 74 % [6], женщин, испытывающих сложности, вообще никто не считал.

Повышенный тонус мышц тазового дна становится причиной эректильной дисфункции, потому что спазм мышц уrogenитальной диафрагмы создает концентрическую компрессию, нарушающую приток артериальной крови к половому члену, способствует расширению вен малого таза и усиливает венозный отток. К счастью, у пациентов с СХТБ нарушения эрекции редко бывают критичными и, как правило, легко корректируются препаратами типа виагры (ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа) или даже не требуют их приема. Проблемы носят функциональный характер и появляются периодически на фоне усиления спазма мышц.

Большую роль в нарушениях эрекции играет психологический компонент.

Процесс полового возбуждения у мужчин, особенно вышедших из периода подростковой гиперсексуальности, – дело очень тонкое, зависящее от многих факторов. Даже чисто физиологически за эрекцию и семяизвержение отвечает парасимпатическая нервная система. Эта часть вегетативной нервной системы активна в состоянии покоя и расслабления. Она же контролирует пищеварение и мочеиспускание. Если мужчина находится в состоянии стресса, у него преобладает активность противоположной – симпатической нервной системы, которая реализует эволюционный механизм «бей или беги» и предназначена для мобилизации и спасения организма. Приведу простой пример. Когда заяц убегает от волка, у него активна симпатическая нервная система – ему нет никакого резона останавливаться для совершения полового акта или мочеиспускания. Так же люди в состоянии хронического психоэмоционального напряжения и стресса испытывают трудности с эрекцией, их мышцы тазового дна находятся в «поджатом» состоянии.

Заметки на полях борьбы с СХТБ

Георгий жалуется на тазовую боль, отсутствие полового влечения и плохую эрекцию. Уровень тестостерона у него в норме, сердце и сосуды здоровы, неврологических заболеваний, вредных привычек и лишнего веса нет. Промежность напряжена, все мышцы спазмированы...

К концу приема Георгий признается, что год назад ему изменила жена, объяснив свой поступок тем, что никогда не получала удовлетворения от секса в браке и хотела попробовать, как это будет с другим партнером. Сам Георгий никогда не «ходил налево». Наоборот, с детства испытывал отвращение к супружеской неверности, потому что отец изменял матери, а он, будучи маленьким мальчиком, видел, как мама от этого страдала. У Георгия с женой двое детей, он решили сохранить семью.

Луковично-губчатая мышца отвечает за набухание головки полового члена при эрекции. Нередко пациенты с миофасциальным синдромом тазового дна жалуются на недостаточную твердость головки при эрекции.

Эта же мышца участвует в семяизвержении и оргазме. Для того чтобы это прекрасное событие произошло, *m. bulbospongiosus* должна испытать серию сокращений. Если мышца спазмирована или, как говорят спортсмены, «забита», эта функция страдает. Причем здесь есть два варианта развития событий в зависимости от совокупности клинической картины и состояния мышц таза. В ряде случаев эякуляция наступает слишком быстро, что, вероятно, связано с хроническим болевым синдромом и гиперчувствительностью половых органов, но чаще пациенты жалуются на то, что им трудно достичь семяизвержения. Так называемая отсроченная эякуляция может доходить до степени анэякуляции, когда оргазма и выброса спермы вообще не случается.

Раздражение полового нерва или его компрессия также вносят свой вклад в нарушения половой функции.

Навязчивые позывы к мочеиспусканию, которые нередко преследуют пациентов с миофасциальным синдромом, мешают им при половом акте. У мужчин при мыслях о позыве пропадает эрекция, женщины не могут расслабиться.

Еще одной серьезной проблемой, разрушающей половую жизнь, становится болезненное семяизвержение, причиной которого может быть как воспалительный процесс в половых путях, так и банальный спазм мочеполовой диафрагмы. По статистике, 56–74 % пациентов с СХТБ и миофасциальным синдромом таза страдают болезненной эякуляцией [6]. Боль может быть острой в момент семяизвержения, проходить сразу или сохраняться в течение часов, дней и даже недель после полового акта. На практике мне встречались и пациенты, которым половой акт, наоборот, приносил облегчение и ощущение расслабления в промежности.

Заметки на полях борьбы с СХТБ

Ивану 30 лет, 16 из которых он испытывает тазовую боль. Пройдено бесконечное число обследований, ни одно из них не показало существенных отклонений от нормы, за исключением напряженных и болезненных мышц таза. Иван рос сложным подростком. Помимо прочих проблем, его преследовало обсессивно-компульсивное расстройство (ОКР). Одной из навязчивых идей было желание избавиться от всех «дурных мыслей». Чтобы «очистить мысли», Иван рассказал матери о сексуальной фантазии, которую однажды испытал в отношении нее. Мама восприняла эту информацию резко негативно и поделилась ей со всеми подругами. Отношения Ивана с матерью до сих пор не наладились. У молодого человека болезненное и затрудненное семяизвержение, он не может «кончить с удовольствием». Хочет переехать в другую страну, ему кажется, что там его будут понимать и любить...

Отсутствие полового влечения при СХТБ является скорее следствием депрессии и психологического стресса, который пациент испытывает в связи с наличием боли, проблем с мочеиспусканием, эрекцией, семяизвержением и оргазмом.

Если секс приносит боль, нет ничего удивительного в том, что человек осознанно или на подсознательном уровне начнет его избегать.

Появляющееся в этот момент чувство вины перед партнером дополнительно усугубляет ситуацию.

Всегда особенно приятно наблюдать, как в процессе лечения миофасциального синдрома боль, связанная с семяизвержением, и трудности в достижении оргазма уходят, эрекция улучшается, а половое влечение возвращается к пациентам вместе с хорошим настроением.

Не входить

Твое обнаженное тело должно принадлежать тому, кто полюбит твою обнаженную душу.

Чарльз Чаплин

Боль при половом акте у женщин – трепетная и трагичная история, особенно если она присутствует с самого начала половой жизни. Для многих девушек со спазмированными мышцами тазового дна половой акт просто невозможен.

Для описания болезненных ощущений в области половых органов у женщин придуман целый набор терминов.

Постоянная или появляющаяся при прикосновении боль в наружных половых органах и преддверии влагалища, не связанная с воспалительными процессами, называется вульводинией. Вульводинии часто сопутствует клитородиния – боль в области клитора. Они могут сопровождаться пульсирующими ощущениями, зудом, жжением и другими неприятными симптомами, усиливающимися при половом акте.

Отличительной особенностью вульво– и клитородинии является положительный «тест с ватной палочкой». Когда при осмотре врач легко дотрагивается до клитора, преддверия влагалища и малых половых губ кончиком ватной палочки, это вызывает резкую болезненность, совершенно не пропорциональную прикосновению. Такая произвольная неадекватная реакция связана с выраженной центральной и периферической сенсibilизацией – когда, с одной стороны, слизистая вульвы по разным причинам гиперчувствительна, а с другой – мозг «преувеличивает» угрожающее значение раздражителя. Такой порочный круг формируется вследствие длительно сохраняющегося болевого синдрома, а также различных

психоэмоциональных проблем, связанных с половыми органами и половым актом.

Женщины, страдающие вульво– и клитородинией, не могут носить тугое белье, стринги, облегающую одежду, пользоваться тампонами. Часто дискомфортные ощущения могут быть настолько выраженными, что не позволяют даже сидеть, не говоря уже о половых отношениях.

Подобные симптомы встречаются и у мужчин – у пациентов с СХТБ и миофасциальным синдромом тазового дна. Гиперчувствительной, как правило, становится головка полового члена, реже – вся область промежности. Мужчины также начинают избегать тугих плавок, джинсов, плотно прилегающих штанов.

Боль в промежности или внизу живота, возникающую при половом акте у женщин, называют диспауренией.

В легких случаях болезненность проявляется в определенных позах, чаще – когда партнер сзади, в тяжелых присутствует при любом половом контакте. Причиной диспаурении не обязательно является спазм мышц тазового дна. Она может быть связана с сухостью слизистой, например вследствие дефицита эстрогенов, эндометриозом, склеротическим лихеном вульвы и другими причинами.

Крайней формой диспаурении считается вагинизм, когда попытка введения полового члена во влагалище вызывает резкое, болезненное, спастическое сокращение мышц тазового дна, делающее соитие невозможным. Принято считать, что вагинизм – это скорее психогенное расстройство, чем чисто соматическое, и тут мышцы тазового дна играют ведущую роль, наглядно демонстрируя, насколько тесно они связаны с психикой и эмоциями.

Заметки на полях борьбы с СХТБ

Ольга не может жить половой жизнью, даже самостоятельное прикосновение к половым органам доставляет ей страшный дискомфорт. Она не носит тугие джинсы и боится гинекологов как огня. Осмотр зоны промежности и пальпация мышц невозможны без слез. Мама Оли болела шизофренией, она приводила в дом разных мужчин и занималась с ними сексом в присутствии маленькой дочери. Мужчины специально заставляли девочку смотреть

на весь процесс от начала до конца. Ольга убеждена, что тему мамы она давно проработала с психологом и больше не испытывает в связи с этим никаких эмоций.

В анамнезе у женщин с диспауренией, вульводинией и вагинизмом нередко присутствуют попытки сексуального насилия, болезненные половые акты, сложные взаимоотношения с родителями и половыми партнерами, ограничивающие религиозно-нравственные убеждения.

Болью может сопровождаться и сам оргазм, если женщине удастся его добиться. Пациентки отмечают, что чем интенсивнее был оргазм, тем сильнее может быть боль после полового акта, что связано с непосредственным участием в оргазме мышц промежности.

Заметки на полях борьбы с СХТБ

Татьяну много лет беспокоит учащенное мочеиспускание, рези в уретре и боли при половом акте. При осмотре мышцы тазового дна резко спазмированы. Все остальные обследования не выявили никакой патологии. Когда Тане было 10 лет, на нее на улице сзади набросился мужчина. Он задрал ей юбку, она обернулась и увидела, что брюки у него расстегнуты и из них торчит эрегированный половой член. Девочка закричала так истошно и громко, что мужчина ослабил хватку, и она смогла убежать. Тазовая боль преследует ее всю жизнь.

Обострения цистита у женщин после полового акта традиционно связывают с близким расположением наружного отверстия мочеиспускательного канала ко входу во влагалище (дистопией уретры), за счет чего при половом акте уретра вместе с передней стенкой влагалища смещается вглубь, раскрывается и обильно обсеменяется живущей в промежности микрофлорой.

Однако далеко не все женщины с низко расположенной уретрой страдают посткоитальным циститом. Бывает и так, что цистит после полового акта вдруг начинает рецидивировать у женщины, которая давно живет половой жизнью с одним и тем же постоянным партнером, и оба они сохраняют друг другу верность. Одной из причин такой ситуации может быть появление спазма мышц тазового дна, приводящего к ригидности входа во влагалище. Соответственно уретра

еще больше начинает смещаться внутрь при проникновении полового члена и даже механически травмируется.

Заметки на полях борьбы с СХТБ

Два года назад Ирину бросил муж, оставив одну с двумя детьми. Развод стал для нее неожиданностью, она долго находилась в депрессии и лечилась у психотерапевта.

В браке она никогда не испытывала никаких проблем с половой жизнью и ничего не знала о посткоитальном цистите. Сейчас каждая попытка Ирины вступить в новые сексуальные отношения сразу приводит к жуткому циститу с кровью. При этом никакие передающиеся половым путем инфекции не обнаруживаются. У Ирины есть дистопия уретры. Вход во влагалище напряженный и болезненный.

Иногда бывает довольно сложно отличить обострение миофасциального болевого синдрома, вызванное половым актом, от обострения посткоитального цистита, тем более что они могут случаться одновременно, усугубляя друг друга. Некоторые женщины и вовсе длительно лечатся от посткоитального «псевдоцистита», имея абсолютно хорошие анализы мочи.

За проявление цистита иногда принимают и просто учащенное мочеиспускание, которое является распространенным симптомом у пациенток с гиперактивностью тазового дна.

Глава 4

Разнообразие симптомов

ГАМП: беги, Форест, беги

*Когда знаешь, что все хорошо закончится,
можно и потерпеть.*

Макс Фрай

*Продолжительность фильма определяется
выносливостью мочевого пузыря обычного зрителя.*

Альфред Хичкок

ГАМП, или ГМП, – гиперактивный мочевой пузырь – диагноз, который становится все более модным в последнее время. Довольно часто его получают и пациенты с хронической тазовой болью, так как жалуются на учащенное мочеиспускание. Имея большой опыт практической работы с подобными проблемами, в том числе нейрогенной природы, осмелюсь утверждать, что гиперактивный мочевой пузырь никогда не болит, и если пациент с тазовой болью имеет еще и настоящий ГАМП с повелительными позывами и недержанием мочи, то это казуистическое совпадение и, я бы даже сказала, патологическое невезение.

Дело в том, что природа учащенного мочеиспускания при синдроме хронической тазовой боли в подавляющем большинстве случаев совершенно иная.

В основе симптомов гиперактивного мочевого пузыря лежит внезапное непроизвольное сокращение мышцы, образующей стенку мочевого пузыря.

Эта мышца называется «детрузор». Спонтанное повышение давления в мочевом пузыре, обусловленное сокращением детрузора в тот момент, когда идет накопление мочи и человек еще не собирается

мочиться, сопровождается резким повелительным позывом к мочеиспусканию и называется гиперактивностью детрузора. Такой императивный, или ургентный, позыв невозможно откладывать, иначе он приведет к непроизвольному выделению мочи из мочевого пузыря – ургентному недержанию мочи.

Повышение давления в полости мочевого пузыря можно зарегистрировать в процессе комплексного уродинамического исследования (КУДИ) с помощью специального установленного через уретру датчика. При «настоящем» гиперактивном мочевом пузыре на КУДИ всегда обнаруживается гиперактивность детрузора.

Неотложность позыва – основной отличительный симптом ГАМП, который заставляет пациентов бегом бежать в туалет, подобно тому, как герой американского фильма Форест Гамп бежал за своей мечтой. При этом частота мочеиспусканий может особо и не увеличиваться, все зависит от объема выпитой жидкости. Считается, что здоровый человек, выпивающий около двух литров жидкости за день, имеет суточный объем мочи (диурез) около полутора литров, что заставляет его ходить в туалет в среднем восемь раз в день. Размер дневных порций мочи колеблется от 150 до 350 мл, ночная порция обычно большая, 400–500 мл, что позволяет спокойно проспать всю или почти всю ночь, не поднимаясь в туалет.

Больные тазовой болью нередко предъявляют жалобы на учащенное мочеиспускание как в дневное, так и в ночное время, но характер симптомов отличается от проявлений гиперактивности мочевого пузыря.

Пациенты с миофасциальным синдромом тазового дна страдают от фонового, навязчивого позыва к мочеиспусканию. Фактически они хотят в туалет постоянно, но при этом в состоянии достаточно легко терпеть позыв и долго откладывать мочеиспускание. Могут даже отвлечься и на какое-то время забыть о своем желании, что невозможно для больных ГАМП. Наиболее мучительным этот позыв оказывается вечером, когда нужно ложиться спать. Пациенты с напряженным тазовым дном вынуждены многократно возвращаться в туалет, чтобы избавиться наконец от позыва и уснуть.

Заметки на полях борьбы с СХТБ

Игорь говорит, что из-за невыносимого постоянного позыва к мочеиспусканию его посещают мысли о суициде.

При этом в процессе уродинамического исследования мы смогли наполнить мочевого пузырь до 500 мл, и никакого спазма, сильной боли или гиперактивности детрузора не возникло. У Игоря проблемы с коленом, он ходит, опираясь на трость. Ноги имеют разную длину, таз перекошен. До мышц промежности невозможно дотронуться, настолько они перенапряжены.

По сути, навязчивое стремление помочиться при гипертонусе тазового дна не имеет никакого отношения к реальному наполнению мочевого пузыря, является ложным и обусловлено давлением спазмированных мышц на шейку мочевого пузыря, простату и уретру. К этому примешивается общая психоэмоциональная и мышечная напряженность во всем теле. Ночью кто-то просыпается от позыва, кто-то – нет.

Нередко ночные подъемы связаны больше с сопутствующими нарушениями сна и тревожностью, чем с самим мочевым пузырем или тазовым дном.

При необходимости такие люди могут относительно легко накопить большой объем мочи (500 мл), соответствующий нормальной физиологической емкости мочевого пузыря.

Исключение составляют пациенты с мочепузырным болевым синдромом – интерстициальным циститом (ИЦ). ИЦ – это одна из форм синдрома хронической тазовой боли, сопровождающаяся уменьшением емкости мочевого пузыря, а также истончением и даже изъязвлением слизистой оболочки. Наполнение мочевого пузыря приводит к растяжению стенки и сопровождается болевыми ощущениями. Позыв появляется постепенно и носит сначала просто дискомфортный, а потом резко болезненный характер. Страдающие ИЦ идут мочиться не столько из-за позыва, сколько из-за боли, и мочеиспускание приносит им облегчение. Больные оказываются привязанными к туалету, а чтобы совершить какие-то дальние поездки, вынуждены даже надевать памперс. При этом они никогда не теряют мочу непроизвольно, скорее наоборот на фоне боли и спазма мышц им бывает крайне трудно расслабиться и помочиться.

Частота походов в туалет в случаях запущенного интерстициального цистита может достигать 50 и более раз в

сутки, а емкость пузыря может оказаться сниженной до 30–40 мл.

К сожалению, на ранних стадиях больные ИЦ часто наблюдаются с диагнозом «гиперактивный мочевой пузырь» и, как следствие, не получают адекватного и своевременного лечения заболевания.

Дискомфорт при наполнении мочевого пузыря у пациентов с тазовой болью не обязательно является признаком интерстициального цистита, так как наполнение мочевого пузыря создает давление на тазовое дно и заставляет и без того напряженные мышцы еще больше сжиматься, чтобы удержать мочу. В отличие от ИЦ такой дискомфорт никогда не принимает характер нестерпимой боли. К тому же он носит непостоянный характер и сильно зависит от положения тела, температуры окружающей среды, настроения, фазы луны и других факторов.

В любом случае, будь то начинающийся ИЦ или просто миофасциальный синдром, если анатомическая емкость мочевого пузыря сохранена, можно добиться полного восстановления нормального режима мочеиспусканий.

Стесняюсь писать

Мочеиспускание – единственное из удовольствий, после которого не мучают угрызения совести.

Иммануил Кант

Мочеиспускание – блаженный акт, радость от которого человек не ощущает до тех пор, пока однажды не столкнется с урологическими проблемами. Варианты нарушений могут быть разными: затрудненное начало, плохой напор, необходимость тужиться, напрягаться, чувство неудовлетворенности после мочеиспускания. Чтобы все прошло как надо, желательно совершать интимный процесс опорожнения мочевого пузыря в комфортном, уединенном месте. Однако при необходимости здоровый человек с ненапряженным тазовым дном в состоянии помочиться и в присутствии посторонних и костер, если надо, пионерски затушить и вообще на эту тему «не париться».

Затрудненное мочеиспускание может иметь реальные органические причины, когда мочеиспускательный канал сдавлен аденомой предстательной железы или имеет рубцовое сужение как следствие травмы или перенесенной инфекции, например гонореи.

Помимо органических причин, бывают и функциональные, когда проблема кроется в слабом сокращении стенки мочевого пузыря или гипертонусе наружного сфинктера, который не может адекватно раскрыться в процессе опорожнения пузыря.

Вспомним, что наружный сфинктер является частью тазового дна, и его спазм, как правило, ассоциирован с общей гиперактивностью мышц промежности.

Если при сокращении мочевого пузыря не происходит нормального расслабления наружного сфинктера, мочеиспускание называется дисфункциональным.

При уродинамическом исследовании (КУДИ) такое состояние описывается как детрузорно-сфинктерная диссинергия, то есть дискоординация в работе стенки мочевого пузыря (детрузора) и сфинктера уретры.

Пациенты с синдромом хронической тазовой боли вследствие гипертонуса мочеполовой диафрагмы испытывают постоянные или периодические сложности с мочеиспусканием. Характерна изменчивость симптомов. Дома, в комфортной обстановке опорожнить мочевой пузырь оказывается легче, в некомфортной или непривычной – труднее. Сложно помочиться в общественном туалете, особенно мужчинам – в писсуар, когда рядом кто-то стоит. Мужчины, раньше мочившиеся стоя, начинают садиться, и не потому, что жена ругает за забрызганный унитаз, а потому, что сидя легче расслабиться.

Часто первые признаки дисфункционального мочеиспускания появляются в детстве. Ребенок брезгует школьным туалетом или считает его недостаточно укромным.

Такая проблема была особенно актуальна для детей, учившихся в то время, когда отдельных кабинок в школьных туалетах не было и унитазы разделялись в лучшем случае небольшими перегородками.

Дети, испытывающие сложности с опорожнением мочевого пузыря вне дома, могут мочиться всего 2–3 раза в день, привыкают терпеть

позыв и перерастягивают пузырь, что в будущем может приводить к серьезным проблемам с мочеиспусканием.

Заметки на полях борьбы с СХТБ

Илья с детства страдает от затрудненного, прерывистого мочеиспускания. В последние годы к этому еще присоединился дискомфорт в области промежности. По данным обследования подтвердился спазм наружного сфинктера мочевого пузыря. У Ильи была очень строгая бабушка. Он помнит, как она ругала его, маленького, за то, что он писался в штаны, и шлепала по попе.

Невозможность пописать в некомфортной обстановке называется «синдром стеснительного мочевого пузыря» или «парурез».

Для людей с парурезом мочеиспускание в присутствии кого-то невыносимо, даже если этот кто-то просто стоит за дверью. Истоки такого состояния психологические, а физической основой проблемы является неспособность адекватно расслабить мышцы тазового дна.

По этой же причине пациенты, страдающие миофасциальным синдромом таза, не испытывают удовлетворения после микции и нередко вынуждены многократно возвращаться в туалет, чтобы домочиться. Такое «дописывание», накладываясь на невротические расстройства, приобретает иногда просто мучительные формы и отравляет жизнь больным. При этом остаточной мочи по данным ультразвукового исследования мочевого пузыря минимальное количество или нет совсем.

Еще один так называемый постмикционный симптом – выделение из уретры небольшого количества мочи после мочеиспускания, или терминальный дриблинг. Пациенты иногда путают его с недержанием мочи. На самом деле недержание мочи либо происходит на фоне сильного позыва (ургентное недержание), либо случается при кашле, чихании, смехе или какой-то физической нагрузке (недержание мочи при напряжении).

При дриблинге из уретры просто вытекают капли мочи, оставшиеся в ней после мочеиспускания. Обычно этого объема недостаточно, чтобы промочить одежду, и необходимости использовать прокладки не возникает.

Проблема больше касается мужчин, так как уретра у них очень длинная, около 17–18 см. Вообще вытекание мочи после микции у мужчин вполне нормально, так как в мужском мочеиспускательном канале ее может спокойно оставаться около 20 мл. Чтобы эти остатки не причинили неудобства после выхода из туалета, их нужно просто отжать, совершив скользящее выдавливающее движение вдоль уретры, начиная от промежности до головки полового члена.

Если дриблинг беспокоит мужчину с подросткового или юношеского возраста, то, возможно, эта жалоба просто связана с неумением отжать уретру. Но если подобные проявления возникли во взрослом возрасте, они указывают на гипертонус мышц тазового дна, в частности, напряжение луковично-губчатой мышцы, которая должна выталкивать остатки мочи из уретры в конце мочеиспускания.

Наличие затрудненного – дисфункционального – мочеиспускания у мужчин является фактором риска развития и рецидивирования бактериального простатита.

Секрет простаты

Урологи не болеют хроническим простатитом.

Проф. Баженов И. В.

Предстательную железу называют вторым сердцем мужчины. Кстати, привычная форма сердечка гораздо больше похожа именно на простату, чем на реальное человеческое сердце. Традиционно с этим органом связывали многие важные функции мужского организма, в частности сексуальность и половую активность. Отсюда мифы о том, что болезни простаты приводят к снижению либидо и эректильной дисфункции. Цепочка терминов «простатит – аденома – импотенция – рак – операция», якобы отражающая печальный «урологический путь» мужчины, часто используется в рекламе всевозможных биологически активных добавок, физиотерапевтических приборов и других средств, похожих на лекарственные. Действительно, мощнее такой «страшилки» сложно что-то придумать. Именно поэтому диагноз «простатит» навеивает на сильный пол суеверный ужас. На самом деле все эти термины не имеют друг к другу никакого отношения!

Хронический простатит не является причиной аденомы или рака предстательной железы и не приводит к эректильной дисфункции.

Единственной реальной опасностью является снижение качества эякулята (спермы).

Аденома, или доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ), потому и называется доброкачественной, что не превращается в рак! ДГПЖ – это неизбежное возрастное увеличение простаты, которое, к сожалению, ожидает со временем каждого мужчину. Только у кого-то оно приведет в старшем возрасте к симптомам нарушенного мочеиспускания, а у кого-то не будет особо проявляться. Но это точно не повод для паники.

Рак простаты не возникает в результате «озлокачествления» аденомы, а появляется сам по себе в других зонах предстательной железы. Он долго не дает никаких симптомов, но легко диагностируется в процессе урологического обследования и прекрасно лечится, если его выявить своевременно.

Важно помнить, что для мужчин старше 45 лет скрининг на рак предстательной железы должен быть ежегодным и включать в себя анализ крови на простатспецифический антиген (ПСА), трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) и осмотр уролога.

Ни доброкачественная гиперплазия, ни рак простаты, за исключением самых запущенных стадий, вообще не болят, а также не являются причиной эректильной дисфункции и синдрома хронической тазовой боли.

В целом проблемы с эрекцией у мужчин в большинстве случаев имеют сосудистую или нейрогенную природу, а у пациентов с СХТБ связаны с миофасциальным синдромом тазового дна или носят психогенный характер. Простата тут ни при чем!

Заметки на полях борьбы с СХТБ

Алексею 25 лет. Два года назад он обратился к урологу с жалобой на небольшой дискомфорт в промежности. Ультразвуковое исследование показало наличие кальцинатов в предстательной железе. Доктор упрекнул молодого человека в том, что тот так «запустил» свою простату, и предсказал ему

неизлечимый калькулезный хронический простатит на всю жизнь. С этого момента у Алексея пропало либидо, он стал чаще мочиться и постоянно концентрируется на ощущениях в промежности, которые теперь стали почти постоянными. Все анализы в норме, в секрете простаты ни одного лейкоцита в поле зрения...

Вообще предстательная железа – орган важный и нужный. Она участвует в семяизвержении и формировании оргазмических ощущений. Секрет предстательной железы составляет 25 % объема эякулята. Это настоящая биохимическая лаборатория, в которой 57 видов белков, а также углеводы, электролиты, полиамины, гормоны, жиры и факторы роста. Простатический сок обеспечивает разжижение эякулята, увеличивает подвижность сперматозоидов, активирует их обменные процессы. Цинк защищает ДНК половых клеток. Спермин и спермидин обладают антибактериальной активностью. Если посмотреть секрет под микроскопом, можно оценить наличие воспалительного процесса в предстательной железе. Именно присутствие большого количества лейкоцитов в секрете или в моче после массажа простаты говорит о том, что есть воспаление (простатит), и тогда предстательная железа действительно может быть виновницей беспокоящих мужчину симптомов. А вот наличие бактерий в посеве секрета простаты еще не означает наличие простатита. Так как простата – орган, сообщающийся с внешней средой через уретру, ее протоки, как и сам мочеиспускательный канал, населены различными микроорганизмами, составляющими микробиом мочеполовых путей. По данным отечественных и зарубежных исследований, у здоровых мужчин, не имеющих никаких урологических жалоб, секрет простаты нестерилен.

Справедливости ради надо сказать, что до появления современных методов диагностики, позволяющих с высокой точностью выявлять в биологическом материале генетический материал микроорганизмов, а именно, полимеразной цепной реакции (ПЦР) и секвенирования генома, ученые считали, что моча здоровых мужчин, эякулят и секрет простаты должны быть стерильны. И до сих пор по инерции многие доктора, обнаруживая бактерии при посеве мазка из уретры или сока предстательной железы, активно назначают антибиотики пациентам, не имеющим признаков воспалительного процесса, а иногда и не

испытывающим никаких симптомов. Особенно это касается энтерококка, нередко высевающегося из уретры. Это условно-патогенная бактерия, которая в определенной среде может стать причиной уретрита, но в то же время бывает вполне мирным жителем мочевыводящих путей. Сразу вспоминаю пациента, у которого синдром хронической тазовой боли начался с профилактического обследования у уролога и посева из мочеиспускательного канала, выявившего в небольшой концентрации *Enterococcus faecalis*. Молодому мужчине, не предъявлявшему никаких жалоб, был назначен антибиотик. При повторном посеве бактерия была обнаружена снова, препарат назначен повторно. И вуаля, во время второго курса появились боль и дискомфорт в уретре, оставшиеся с пациентом на пять долгих лет.

Ученым многое неизвестно о том, как устроен и как функционирует микробиом мочевыводящих путей.

Однако в последние годы мы стали гораздо шире смотреть на этот вопрос и лояльнее относиться к бактериям в посевах. Например, бессимптомная бактериурия в моче, согласно всем официальным клиническим рекомендациям, не подлежит лечению, за исключением беременных женщин и лиц, готовящихся к операциям на мочевыводящих путях.

К сожалению, вопрос о необходимости назначения антибактериальных препаратов пациентам с хроническим простатитом без признаков воспаления в предстательной железе, то есть, по сути, больным СХТБ, независимо от результатов их анализов, остается открытым, так как никто точно не знает, какие симптомы имеют отношение к предстательной железе, а какие нет.

Европейская ассоциация урологов рекомендует назначать антибиотики мужчинам с первичным простатическим болевым синдромом сроком не менее чем на шесть недель, даже если нет никаких признаков воспаления в анализах, то есть когда простатит как таковой вообще отсутствует. При этом предпочтительной группой антибиотиков считаются фторхинолоны, так как именно они создают самую высокую концентрацию в тканях предстательной железы и эффективны в отношении большинства известных патогенов. При этом фторхинолоны далеко не безобидные препараты.

Среди наиболее тяжелых возможных побочных эффектов – спонтанные разрывы мышц и связок, в частности ахиллова сухожилия, и псевдомембранозный колит. Кроме того, это антибиотики широкого спектра, а значит, они убивают все бактерии, и плохие, и хорошие, в том числе в кишечнике, приводя при длительном использовании к тяжелому дисбактериозу. Раньше коротким трехдневным курсом фторхинолонов лечили острый неосложненный цистит у женщин, но потом эту схему убрали, так как решили, что нецелесообразно «стрелять из пушки по воробьям». А вот длительная схема лечения простатического болевого синдрома, как ни странно, осталась.

Хронический простатит – диагноз, который уже многие десятилетия остается большой мусорной корзиной для любых жалоб на дискомфорт в мужском организме где-то пониже пупка. Да, и все проблемы с мочеиспусканием у молодых мужчин кидают туда же.

Если прочитать симптомы хронического простатита в учебнике урологии, становится страшно даже подготовленному человеку. Цитирую национальное клиническое руководство по урологии и учебник по андрологии (бегите за валерьянкой): боли или дискомфорт в области таза (промежность, надлобковая, паховая область, задний проход, внутренняя поверхность бедер, мошонки, пояснично-крестцовая область и др.), нарушения эякуляции (преждевременная, отсроченная, болезненная), нарушения эрекции, ослабление либидо, стертый оргазм, бесплодие, нарушения мочеиспускания, общие симптомы (утомляемость, слабость, плохой сон, снижение работоспособности, субфебрильная температура, головная боль) и... (барабанная дробь) бессимптомное течение.

А теперь выдыхайте: нет никаких научных оснований полагать, что все эти симптомы связаны с предстательной железой. Между тем я с завидной регулярностью вижу на приеме пациентов, которые верят, что боль в боку, или в ноге, или в пояснице может быть вызвана воспалением простаты, потому что кто-то когда-то сказал, что у них простатит.

Вера в вездесущие симптомы коварной болезни подкрепляется тем, что при трансректальном ультразвуковом исследовании (ТРУЗИ) предстательной железы почти у любого мужчины можно найти «диффузные изменения» предстательной железы: кальцинаты, расширенные протоки, вены и тому подобное.

Иногда человек, которого изначально ничего не беспокоило, после выполненного «для профилактики» ТРУЗИ начинает ощущать себя неизлечимо больным. А тут, глядишь, и симптомы подтягиваются, на фоне стресса возникает напряжение тазового дна, появляется дискомфорт в уретре и промежности. И вот уже курс антибиотиков на шесть недель и больше.

Заметки на полях борьбы с СХТБ

Михаил постоянно испытывает сильнейшую боль в промежности. Боль появилась два года назад во время массажа простаты, сделанного урологом «для профилактики», и не проходит до сих пор...

Все без исключения пациенты с СХТБ, впервые обратившись к урологу, получают диагноз «простатит». С высокой вероятностью этот диагноз настигает каждого мужчину, обратившегося к урологу в условиях частной медицинской практики. Что греха таить, бизнес-модель хронического простатита была, есть и будет одной из базовых «хлебных» схем на урологическом приеме.

Абсолютно любого мужчину, если только он сам не уролог, можно убедить в том, что с его простатой что-то не так.

Слишком трепетное отношение к этому органу играет с сильной половиной человечества злую шутку. Коммерческий интерес, с одной стороны, и непонимание, чем может быть вызвана тазовая боль, с другой, делают «простатит» настоящим камнем преткновения для врачей и пациентов, дежурным диагнозом, универсальной «мусорной корзиной».

По сути, это выглядит так, как будто врачи пытаются впихнуть большого медведя «СХТБ» в старенькую машинку с названием «хронический простатит» и лечат сложную комплексную проблему устаревшими методами (рис. 18).



Рис. 18. СХТБ и простатит

Простатит как заболевание, безусловно, существует. Орган есть, он активно функционирует и общается с внешней средой. Почему бы ему не воспалиться? Общепринята классификация простатита, предложенная Национальным институтом здоровья США (NIH – National Institutes for Health). Согласно этой классификации, выделяют следующие виды.

I. Острый бактериальный простатит.

II. Хронический бактериальный простатит.

III. Хронический простатит:

- IIIA – воспалительный;

- IIIB – невоспалительный (синдром хронической тазовой боли).

IV. Асимптоматический воспалительный простатит.

Именно хронический абактериальный невоспалительный простатит категории IIIB и есть тот самый первичный простатический болевой синдром, являющийся одним из вариантов синдрома хронической тазовой боли. Международное урологическое сообщество уже не первый год спорит о том, можно ли вообще использовать термин «хронический простатит», если в анализах не удастся обнаружить ни бактерий, ни признаков воспаления в предстательной железе. По сути,

единственным доводом сторонников старой терминологии является приверженность сложившейся урологической традиции. На самом деле за диагнозом «хронический абактериальный невоспалительный простатит» у мужчины, как правило, скрывается какая-то другая проблема, вызывающая боль, нарушения мочеиспускания и эрекции. Как показывает клиническая практика, в большинстве случаев – это дисфункция мышц тазового дна.

Нужно сказать, что у пациентов с синдромом хронической тазовой боли, обусловленной гипертонусом мышц таза, как правило, имеются нарушения нормального тока мочи, а значит, есть уретрально-простатический рефлюкс (заброс мочи из мочеиспускательного канала в протоки предстательной железы), который приводит к частому рецидивированию самого обычного бактериального воспаления в предстательной железе (рис. 19).

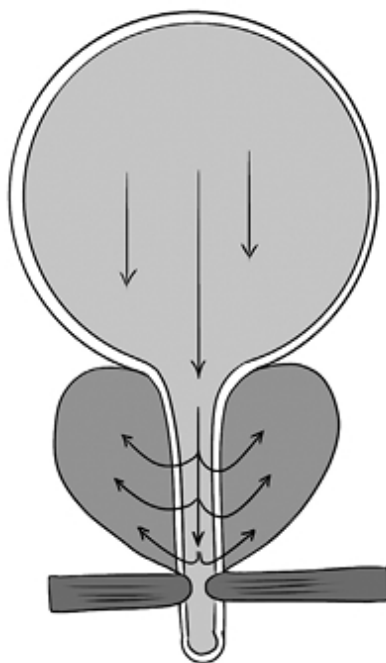


Рис. 19. Внутрипростатический рефлюкс

Вероятно, здесь также играют роль нарушения кровоснабжения и венозного оттока, что, безусловно, способствует рецидивам бактериального простатита. В свою очередь, острый простатит или яркие обострения хронического могут сопровождаться выраженным

болевым синдромом, что усиливает спазм мышц тазового дна и центральную сенсбилизацию, замыкая порочный круг боли.

ИСТОРИИ ПАЦИЕНТОВ

Андрей, 36 лет, руководитель

Моя история началась в возрасте 5–6 лет, когда перед сном наступало время частых позывов в туалет. Это было достаточно ощутимо и очень хорошо отложилось в памяти. Дальше примерно лет до 14 меня ничего не беспокоило, но мочеиспускание всегда было проблемой, в кино или в длительных поездках постоянно хотелось помочиться.

С подросткового возраста, открыв для себя мастурбацию, я стал испытывать резкие, ложные позывы на мочеиспускание непосредственно после семяизвержения. Причем это происходило достаточно часто, но уходило через пару часов. Я не придавал этому значения, считал, что мастурбация – это плохо и не физиологично и мое состояние после – это некая «расплата».

Первое обострение простатита произошло осенью, когда мне было 23 года. Это было абсолютно не похоже на то, что я испытывал раньше, появилась тяжесть в прямой кишке, резкие ложные позывы на мочеиспускание, боли внизу живота и состояние «болезни», хоть и без температуры. Потерпев пару дней, я обратился к урологу. Даже не взяли анализ секрета простаты – мне прописали антибиотики и отправили приводить в норму половую жизнь, которой я на тот момент не жил. На какое-то время лечение дало эффект, но через полгода все повторилось. Десяти дней приема антибиотика уже было мало, у меня взяли анализ секрета простаты, нашли повышенные лейкоциты и прописали более сильный антибиотик уже на месяц. Лечение помогло, но обострения происходили 2–3 раза в год, зачастую после мастурбаций, и я стал замечать, что порой мастурбация их и снимает. Никакого физиолечения назначено не было, советов по изменению образа жизни тоже, хотя на тот момент я вел малоподвижный, сидячий образ жизни.

Через семь лет после первого обострения начала происходить определенная трансформация болезни –

симптомы стали более стертыми, на первый план вышли ложные позывы к мочеиспусканию. По анализам все было, что называется, «чисто», притом что анализ секрета простаты делали после каждого сеанса массажа простаты (два раза в неделю). Пошла куча абсолютно расплывчатых диагнозов – застойный простатит, синдром хронической тазовой боли, хронический простатит. Я сменил уролога, но результат был примерно тот же, хотя его подход мне нравился куда больше – я не принимал антибиотиков, пока не подтвердится воспаление (а оно не подтверждалось), проходил комплексное физиолечение и массаж простаты. Очень сильно начал влиять психологический аспект, я видел, что врачи не понимают, почему мои симптомы не проходят, и уже перестал верить в выздоровление и докторов. В таком режиме прошло лет пять – симптомы полностью не уходили, но периодами затихали. Я заметил, что ухудшения часто наступали после секса (хотя секс мог иногда их резко снимать), после переохлаждения и длительного сидения. Помогали тепло, пешие прогулки, бассейн, иглорефлексотерапия, приседания, алкоголь. Урологи направляли меня к психотерапевтам, там выписывали антидепрессанты, проводили когнитивно-поведенческую терапию (КПТ), но без особого эффекта – да, я неплохо разобрался в себе, перепробовал весь ряд антидепрессантов, но большого эффекта не почувствовал. При обострениях к урологам уже не обращался, так как слушать в очередной раз рассказ о том, что организм – это «сложная биомеханическая система», больше не хотел. Периодами у меня происходили, как я это называл, «обострения стандартного простатита» (по симптомам), тогда я пил курс антибиотиков, и мне помогало. На этом этапе я уже перерыл все форумы и понял, что на первых порах меня лечили очень странно. Все чаще меня стали посещать мысли про удаление простаты. Где-то на форумах я наткнулся на информацию об интерстициальном цистите, и тут меня «накрыло». Я стал очень его бояться, ведь мои боли периодически были связаны с наполнением пузыря и реакцией на цитрусовые.

Во время одного из ухудшений все пошло не по стандартной схеме. Сначала были все симптомы «стандартного простатита» – слабость, ложные позывы, боли в прямой кишке, после чего я все же решил обратиться к урологу. Анализы были чистые, и мне назначили только физиолечение. Массаж простаты в этот раз был очень болезненным, и после одного из сеансов мне резко стало хуже – появились сильные боли внизу живота, связанные с наполнением мочевого пузыря. Облегчение приносило питье чистой воды. Тут я очень и даже очень-очень испугался интерстициального цистита. Сказать, что я был подавлен, – это не сказать ничего, я уже стал всерьез искать, где удалить мочевой пузырь.

И тут в интернете я нашел сайт neurologist.com, где описывался миофасциальный синдром тазового дна; я читал и понимал, что прямо все «про меня». Кроме того, вспомнил, что мои «нестандартные» симптомы начались после долгой поездки на велосипеде (более 40 км по лесу) после очень долгого перерыва. Я нашел автора сайта и статьи, доктора Филиппову Екатерину Сергеевну, и записался на консультацию. Все время консультации Екатерина Сергеевна оказывала мне психологическую помощь и подарила надежду на излечение. Также был назначен препарат «Феназалгин», который мне очень помог.

Во время консультации Екатерина Сергеевна осмотрела мышцы тазового дна и сказала, что они очень спазмированы и что один из вариантов – это уколы ботулотоксина в спазмированные мышцы, что и было сделано. Параллельно были назначены заливки в мочевой пузырь препарата гиалуроновой кислоты для снижения чувствительности мочевого пузыря, которые я также делал. Кроме того, я стал гулять по пять километров каждый день и делать комплекс упражнений на расслабление мышц тазового дна (миофасциальный релиз). Все эти меры дали результат – через два месяца после начала этого этапа лечения все симптомы ушли и вот уже два года меня не беспокоят. Было одно обострение через полтора года, но четко связанное с

переохлаждением, и оно достаточно быстро прошло. Я согласен с Екатериной Сергеевной в том, что зажимы в тазовом дне через определенное время начинают вызывать изменения чувствительности стенки мочевого пузыря и создают симптомы, похожие на интерстициальный цистит.

Настоятельно рекомендую всем мужчинам не верить в ерунду под названием «хронический простатит» при нормальных анализах. Простатит – это просто единственный диагноз, который может поставить врач. В огромном количестве случаев проблема именно в мышцах таза, и лечить нужно именно ее, а не гробить организм кучей бесполезных антибиотиков и прочих простамолов. Также я очень рад, что нашел такого прекрасного врача и человека, как Екатерина Сергеевна Филиппова.

То, чего может не быть (интерстициальный цистит)

– Видишь суслика? – Нет. – И я – нет. А он есть.

Из кинофильма «Особенности национальной охоты»

Интерстициальный цистит (ИЦ) – одна из самых сложных форм СХТБ – диагноз, которого, как приговора, боятся люди, страдающие учащенным мочеиспусканием на фоне тазовой боли. Это превратилось уже в целую ИЦ-фобию, занимающую отдельное место в структуре тазовой боли.

С одной стороны, многие пациенты необоснованно сами себе ставят ИЦ, опираясь на пугающую информацию из интернета и социальных сетей, с другой стороны, врачи очень часто пропускают этот диагноз, не соблюдая требования к выполнению цистоскопии у больных со сниженной емкостью мочевого пузыря. Мужчинам и вовсе крайне редко ставится этот диагноз, хотя, по статистике, на восемь женщин приходится двое мужчин с интерстициальным циститом.

ИЦ приобрел дурную репутацию неизлечимого заболевания в связи с тем, что причины его развития до сих пор остаются не

доказанными, а лечение запущенных форм растягивается на годы и не всегда приносит ожидаемые результаты.

Не путайте это заболевание с обычным воспалительным хроническим циститом или рецидивирующим бактериальным циститом. Давайте немного разберемся в терминах.

Рези и жжение в уретре, учащенное мочеиспускание, ложные позывы – все это симптомы острого бактериального цистита, знакомые почти каждой женщине.

Анатомические особенности мочеполовой системы, а именно короткая и широкая уретра, наружное отверстие которой расположено на входе во влагалище, делают женщин легко подверженными острому бактериальному циститу. Возбудителем заболевания чаще всего является кишечная палочка, реже – другие бактерии, а провоцирующими факторами – переохлаждение, половой акт, вульвовагинит, снижение иммунитета, вызванное переутомлением, вирусной инфекцией или другими причинами. В большинстве случаев острый цистит прекрасно поддается лечению. Через несколько дней после начала антибактериальной терапии основные симптомы уходят, а оставшийся дискомфорт постепенно сходит на нет. Если острый цистит возникает чаще чем два раза за полгода или три раза за год, он считается рецидивирующим. Обратите внимание, что это еще не хронический цистит, просто есть какие-то причины, которые способствуют возникновению рецидивов. Такой причиной у женщин в менопаузе может являться, например, дефицит женских половых гормонов, а у молодых и сексуально активных девушек – дистопия наружного отверстия уретры или спазм мышц тазового дна.

Частые рецидивы цистита или неадекватное лечение могут приводить к хронизации воспалительного процесса в слизистой оболочке мочевого пузыря и появлению так называемого хронического цистита». Если после перенесенных эпизодов острого цистита длительно сохраняются какие-либо симптомы, нужно сделать цистоскопию, чтобы оценить состояние слизистой мочевого пузыря. При хроническом цистите можно увидеть воспалительные фолликулы, гиперемию, отечность и другие признаки воспаления, но это не ИЦ!

Как острый бактериальный цистит, так и хронический сопровождаются периодическим появлением лейкоцитов в анализах

мочи, хорошо отвечают на противомикробную терапию и не имеют к интерстициальному циститу никакого отношения. Природа ИЦ неинфекционная, его появлению, как правило, предшествует сильный психоэмоциональный стресс, и относится это заболевание к категории хронической невоспалительной и неонкологической тазовой боли.

Заметки на полях борьбы с СХТБ

Алексею 23. Это самый молодой мужчина с интерстициальным циститом в моей практике. Родители Алеши развелись, когда ему было семь. С отцом он не общается. Мать – в попытках наладить личную жизнь – два года назад переехала в другую страну. Алексей хорошо образован, имеет неплохую работу и вполне может обеспечить себе автономное существование. Но он тяжело болеет и высказывает суицидальные мысли.

Мать вынуждена приезжать и месяцами оставаться рядом с ним. Мочевой пузырь Алеши при цистоскопии «плачет кровавыми слезами», вся слизистая в точечных кровоизлияниях и разрывах. Таблетки не помогают. Сфинктер уретры так спазмирован, что невозможно ввести катетер и залить лекарство. Алексей не слышит меня. Он не лечится...

Существует много теорий развития интерстициального цистита, но до сих пор ни одна из них не получила достоверного подтверждения.

Известно, что при ИЦ в стенке мочевого пузыря происходят структурные изменения: в мышечном слое разрастается соединительная ткань, а слизистая становится тонкой, очень чувствительной к раздражающим веществам в составе мочи и даже изъязвляется с формированием похожих на трещины дефектов, называемых язвами Гуннера. Эти процессы происходят на фоне скопления в стенке участвующих в иммунном, аутоиммунном и аллергическом ответе клеток, а также высокой концентрации различных биологически активных веществ, цитокинов и медиаторов воспаления.

Самым характерным симптомом интерстициального цистита является боль в области мочевого пузыря или уретры, усиливающаяся при наполнении мочевого пузыря и проходящая или ослабевающая

после его опорожнения, так как именно растяжение стенки сопровождается наибольшим раздражением болевых рецепторов.

При выполнении цистоскопии с небольшим наполнением мочевого пузыря его внутренняя поверхность выглядит совершенно обычной и вполне здоровой. Именно поэтому интерстициальный цистит зачастую очень поздно диагностируется, несмотря на то что пациентам выполняются, и даже неоднократно, эндоскопические исследования.

Для того чтобы увидеть характерные изменения слизистой и подтвердить диагноз ИЦ, нужно сделать цистоскопию с гидробужированием, то есть растянуть мочевой пузырь больше того объема, который пациент накапливает в жизни. Осуществить это полноценно можно только под наркозом, так как переполнение пузыря при ИЦ вызывает у пациента сильную боль.

При гидробужировании на слизистой оболочке появляются множественные точечные кровоизлияния, которые называют также петехиями, или гломеруляциями, слизистая может трескаться с появлением линейных разрывов, а язвы выглядят как дефекты различной формы, под которыми виден мышечный слой. Можно увидеть картину «кровоавого дождя», когда пузырь как будто начинает плакать кровавыми слезами по всей своей внутренней поверхности (рис. 20).

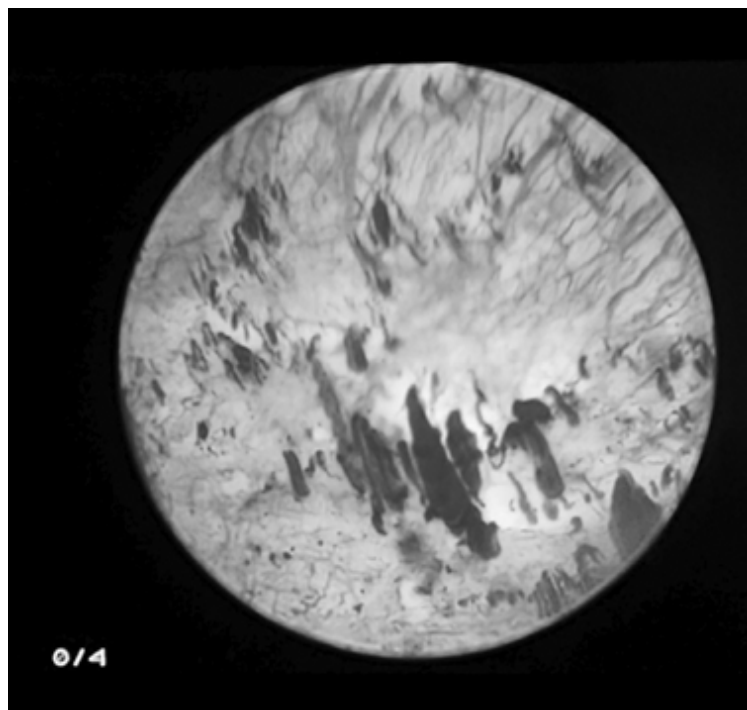


Рис. 20. «Кровавый дождь» в мочевом пузыре при интерстициальном цистите

На начальных стадиях ИЦ петехии могут появляться только по нижней или нижнебоковым стенкам.

Важно понимать, что даже здоровый мочевой пузырь при чрезмерном переполнении под давлением начнет кровить. Это вполне логично, ведь его анатомическая емкость имеет пределы.

К сожалению, четкие критерии того, до какого объема нужно наполнить пузырь, чтобы подтвердить или опровергнуть диагноз ИЦ, отсутствуют. Когда-то в клинических рекомендациях фигурировал объем 350 мл, но потом это ограничение убрали, так как естественная физиологическая емкость мочевого пузыря составляет 500 мл – именно такой объем позволяет нам быть относительно независимыми от туалета и не просыпаться ночью. Биопсия мочевого пузыря и гистологическое исследование также не позволяют достоверно подтвердить диагноз, хотя скопление эозинофилов и тучных клеток в тканях стенки говорит в пользу ИЦ. На сегодняшний день показания к биопсии определяются врачом и зависят от принципов работы конкретной клиники. Забор тканей для микроскопического исследования обязателен в тех случаях, когда есть какое-то подозрение на опухолевый процесс.

Размытость диагностических критериев привела к тому, что Международное урологическое сообщество вообще отказалось от диагноза «интерстициальный цистит» и заменило его на «первичный мочепузырный болевой синдром», основной признак которого – боль при наполнении мочевого пузыря. Такое изменение терминологии привело к тому, что в категорию мочепузырного болевого синдрома попали пациенты с хорошей емкостью пузыря, превышающей даже 700 мл. Все это не добавляет ясности и объединяет как пациентов с тяжелой язвенной формой интерстициального цистита, так и тех, кто страдает учащенным мочеиспусканием на фоне миофасциального синдрома тазового дна. В странах Азии урологи называют интерстициальным циститом только язвенную (Гуннеровскую) форму

заболевания, а все остальное относят к мочепузырному болевому синдрому [7].

В своей клинической практике я продолжаю использовать диагноз ИЦ, ориентируясь при гидробужировании на физиологическую емкость 500–600 мл, и считаю, что именно такой подход позволяет выявить пациентов, нуждающихся в специфическом лечении, направленном на восстановление слизистой мочевого пузыря.

Косвенным признаком интерстициального цистита является также усиление болевого синдрома при употреблении раздражающих слизистую оболочку продуктов и напитков: алкоголя, острой, соленой, богатой консервантами пищи, а также блюд с высоким содержанием калия. Однако нужно помнить, что воспаленная слизистая, например при бактериальном цистите, тоже реагирует на изменения в диете.

Раньше для подтверждения диагноза ИЦ проводили так называемый калиевый тест – вводили в мочевой пузырь раствор KCl, что при повышенной проницаемости стенки мочевого пузыря вызывает резкую болезненность. В настоящее время в связи с большим количеством ложноположительных результатов использование данного теста не рекомендовано. Основным диагностическим инструментом является цистоскопия.

Раз уж мы заговорили о цистоскопии, не могу не остановиться на одной из самых частых эндоскопических находок – лейкоплакии мочевого пузыря. Ох уж эта лейкоплакия: сколько споров вокруг нее, сколько желания списать на этот диагноз симптомы СХТБ, если других проблем при цистоскопии доктору обнаружить не удалось.

На самом деле, рыхлый белый налет в области шейки мочевого пузыря и треугольника Льюто есть у 86 % женщин в репродуктивном возрасте и почти у 75 % в периоде постменопаузы! Это неороговевающая плоскоклеточная метаплазия/лейкоплакия, или вагинальная метаплазия. Такое состояние слизистой является вариантом нормы, не сопровождается никакими симптомами и не подлежит лечению [8].

Неороговевающая лейкоплакия раньше считалась предраковым состоянием, но ее давно уже «реабилитировали». Она не озлокачивается. Слизистая треугольника Льюто гормонально зависима, и ее состояние непрерывно меняется в течение менструального цикла в зависимости от уровня гормонов. Если

повторять цистоскопию много раз в течение месяца, мы каждый раз будем видеть новую картину в зоне мочепузырного треугольника.

Другое дело – ороговевающая плоскоклеточная метаплазия/лейкоплакия, для нее риск перерождения в рак достигает 21–42 % [8]. К счастью, она встречается крайне редко. Располагаться может в любой части мочевого пузыря, бывает как у мужчин, так и у женщин. Факторы риска: рецидивирующая инфекция, нейрогенный мочевой пузырь, оперативные вмешательства, катетеризации, дефицит витамина А, шистосомоз и другие.

В подавляющем большинстве случаев речь идет о первом варианте метаплазии. И это неудивительно, ведь она есть у большинства женщин. К сожалению, показания к оперативному лечению лейкоплакии (лазерной вапоризации или резекции) необоснованно расширены в ряде клиник. И виной тому не только желание чем-нибудь помочь пациенткам с СХТБ и рецидивирующими циститами, но и коммерческая составляющая, как это ни прискорбно.

Будьте осторожны! Хирургическое удаление лейкоплакии не только не избавляет от рецидивирующего цистита или боли, но и приводит к ухудшению состояния.

Нередко бывает так, что при выполнении обычной цистоскопии (без гидробужирования) признаков интерстициального цистита не заметили, а лейкоплакию, конечно, обнаружили. Затем сделали трансуретральную резекцию (ТУР) или лазерную вапоризацию лейкоплакии, в ходе которой снова не обратили внимания на признаки ИЦ. Все это в итоге не только не приносит эффекта, но и ведет к прогрессированию заболевания.

Если на фоне нормальных анализов мочи более шести месяцев присутствуют какие-то похожие на цистит или уретрит симптомы и прием антибиотиков не приносит облегчения, это говорит о том, что мы имеем дело с СХТБ, но еще не означает, что речь идет об ИЦ. Симптомы могут быть связаны, например, с миофасциальным синдромом тазового дна.

Так, рези и жжение в уретре нередко обусловлены напряжением внутренних запирающих мышц. Учащенное мочеиспускание при МФС объясняется тем, что шейка мочевого пузыря лежит на мышцах тазового дна, а уретра проходит через мочеполовую диафрагму.

Напряжение мышц может давать ощущение ложного навязчивого позыва, при этом слизистая остается здоровой. Поэтому ни в коем случае не спешите ставить себе диагноз «ИЦ», не имея достоверных данных эндоскопического исследования с гидробуживанием мочевого пузыря.

Уменьшение боли в мочевом пузыре на фоне внутривезикулярного введения лидокаина или приема таблеток «Феназопиридина» не является критерием ИЦ, однако свидетельствует о том, что болевой синдром связан со слизистой мочевого пузыря.

Своевременная диагностика интерстициального цистита является залогом успешного лечения.

Восстановить слизистую, снизить частоту мочеиспускания и убрать боль помогают внутривезикулярные заливки лекарственных препаратов, медикаментозная терапия, ботулинотерапия, аутоплазматерапия и другие подобранные специалистом методы лечения. Язвы Гуннера, как правило, не удается заживить консервативными способами. Они требуют хирургического вмешательства – прижигания (фульгурации/коагуляции/вапоризации) электрическим валиком или лазерным волокном, что значительно уменьшает болевой синдром.

Нужно понимать, что, если мочевой пузырь уменьшен в размерах, учащенное мочеиспускание будет сохраняться и после подобной операции.

Для пациентов с ИЦ очень важно тренировать мочевой пузырь – стараться периодически накапливать максимально возможную порцию мочи, чтобы сохранять функциональную емкость.

К сожалению, язвы после прижигания рецидивируют в течение года у 10–13 % пациентов, поэтому нужно обязательно продолжать назначенное лечение и не отменять инстилляции или таблетки без согласования с лечащим врачом.

Работа с психоэмоциональными причинами, давшими толчок к развитию ИЦ, а также активная борьба с мышечным спазмом и напряжением в области таза являются путем к длительной ремиссии и излечению от интерстициального цистита.

ИСТОРИИ ПАЦИЕНТОВ

Александра, 52 года, предприниматель

Моя история началась восемь лет назад – был очень тяжелый период жизни, сопровождавшийся стрессом и поднятием тяжестей. Надо сказать, что в анамнезе у меня давнишний перелом позвоночника и S-образный сколиоз грудного отдела. Знакомство с СХТБ началось с симптомов цистита и уретрита, которые мне безрезультатно лечили около девяти месяцев, перепробовав все антибиотики и прочие средства. После неудачного лечения уролог отправил меня к неврологу, невролог – к хирургу, хирург – к гинекологу, и так за семь лет по этому кругу, уролог – невролог – гинеколог с вкраплениями терапевта и хирурга, я прошла несколько раз. Не обошлось без колоноскопии и нескольких МРТ – результата не было. Никто точно не мог сказать, что со мной, лечили и диагностировали по принципу исключения. Только когда я попала к Екатерине Сергеевне, выяснилось, что у меня ИЦ с язвами Гуннера и миофасциальный синдром мышц тазового дна. Была проведена операция с гидробужированием и коагуляцией язв. Она дала очень хорошие результаты, как физические, так и психологические. Я смогла почувствовать себя нормальным человеком, способным ощущать здоровый позыв к мочеиспусканию и испытывать удовлетворение от опорожнения. Ранее вместо позыва я чувствовала приступ нарастающей боли, у меня было от двух до пяти минут, чтобы найти туалет, а опорожнение давало не удовлетворение, как у нормальных людей, а стихание боли. После операции объемы мочеиспускания увеличились, и ночью я могла спать, вставая в туалет только три раза (в худшие времена это восемь-десять раз за восемь часов сна, если это вообще можно назвать сном). То, что мне наконец поставили диагноз, было очень важно, так как ранее в периоды отчаяния мысли приходили самые разные. Именно психологический компонент результатов операции сейчас позволяет искать возможности и способы противостоять болезни, тем более что частично симптомы вернулись.

Что на данный момент я знаю о своей болезни? Я бы выделила несколько причин, усугубляющих состояние, но

прежде нужно отметить, что боль ощущается разная и по интенсивности, и по характеру. Первое, что влияет на боль и частоту мочеиспускания, – это пища и жидкости. Второе – состояние матки и влагалища – у меня эндометриоз, перед месячными боль усиливается до нестерпимой, и характер боли иной, чем при нарушении диеты. Третье – это состояние кишечника: если кишечник беспокоен, если есть колики, метеоризм, запор или понос – все это приводит к болям и частым мочеиспусканиям. Еще одной причиной боли и учащенного мочеиспускания являются спазмы мышц таза и ягодиц. Интенсивность боли доходит до нестерпимой, а ее характер отличается от боли, вызванной вышеописанными причинами. Стресс, тревожность также вызывают ухудшение состояния.

Триггером ухудшения состояния почти всегда становится стресс с поднятием тяжести: я могу находиться в ремиссии, следить за диетой и прочее, но, как только случается потягать тяжелое и одновременно понервничать, несколько дней мучений мне обеспечены.

Моя стратегия борьбы с болезнью – уменьшение негативных факторов, приводящих к боли, и усиление положительных.

С чем я борюсь? В первую очередь с болью, во вторую – с частотой мочеиспусканий. Последняя становится реже с уменьшением боли, но, даже если совсем не больно, я хожу в туалет значительно чаще, чем обычные люди.

Чтобы улучшить внутренний слой мочевого пузыря, я принимаю «Пентосан», а до этого делала внутрипузырные вливания. Лучше всего помогал готовый препарат специально для этих целей – «Колегель». Стараюсь соблюдать диету, рекомендованную при интерстициальном цистите. Мне хорошо помогает и успокаивает стакан теплого молока на ночь, утром не могу отказаться от кофе, покупаю тот, что без кофеина, и обязательно добавляю молоко. Вместо чая завариваю ромашку. Обязательно много пью, чтобы моча была менее концентрированная, особенно летом в жару, по часам слежу, минимум стакан в час, стоит пропустить –

становится хуже. Тренирую мочевой пузырь, терплю до предела, чтоб увеличить объем, но только в том случае, если не было погрешностей в диете. Также стараюсь есть благоприятные для кишечника продукты.

Никогда не думала, что буду так ждать менопаузу; эндометриоз удалось остановить с помощью специальных препаратов, но перед месячными во второй половине цикла всегда ухудшение состояния, на эти дни стараюсь не планировать никакой активности.

Миофасциальный синдром тазового дна и интерстициальный цистит – на мой взгляд, как улица с двусторонним движением, одно запускает другое: боль в мочевом провоцирует спазм мышц, спазм мышц влечет боль в мочевом, вместе они дают пиковую интенсивность боли и частоты мочеиспускания. В период ремиссии или когда боль на минимуме, делаю через день физические упражнения и йогу. За советами по упражнениям обращалась к йога-терапевту, к фитнес-тренеру, «Ютубу» и на данный момент нашла специалиста по реабилитации мышц тазового дна. Подобрала комплексы миорелиза, растяжки и собственно упражнений. Занятия начинаю с релиза на валике и на массажном мячике, прокатываю спину, ягодицы и бедра, мячиком хорошо проминаются ягодичные мышцы из положения лежа на спине. Кроме того, разминаю им мышцы тазового дна. Комплекс йоги использую как растяжку. Особенно хороши упражнения для мышц-стабилизаторов таза, таких как грушевидная, внутренние запирательные мышцы. Обязательно делаю растяжку приводящих мышц бедра. Отдельное внимание уделяю подвздошно-поясничной мышце. Физические упражнения делаю парами: агонист – антагонист, в один день делаю упражнения на мышцы, отводящие и приводящие бедро, в другой – на большие ягодичные и подвздошно-поясничные, на квадрицепс и бицепс бедра. На собственно мышцы тазового дна выполняю релиз с теннисным мячиком и упражнения на дыхание тазовой диафрагмой из положения «счастливый ребенок».

Мне стоило больших трудов детально «размотать» клубок боли, который накапливался семь лет. Я, как капустные листки, снимала одну боль за другой. Сначала с помощью лекарств получилось остановить эндометриоз, далее была операция на мочевом пузыре, а потом прием «Пентосана», внутрипузырные вливания и диета. Все это уменьшает боль от мочевого пузыря. Потом с помощью упражнений и растяжки удалось снять спазм с грушевидной мышцы и немного облегчить состояние тазового дна. Далее была работа с большой приводящей мышцей. Затем с внутренней запирающей, она в моем случае, похоже, сыграла одну из главных ролей, потому что манипуляции с ней позволяют снять боль и с приводящей мышцы, и с мышц тазового дна, а также прекратить симптомы уретрита. Делаю на нее растяжку, массаж из влагалища и со стороны прямокишечной ямки и упражнения. Массаж из влагалища дает очень хороший эффект при спазме.

Сейчас начала заниматься прицельно подвздошно-поясничной мышцей. Осваиваю реабилитацию по методу Фельденкрайза. Верю, что я близка к избавлению от боли и спазма.

Глава 5

Фактор мышц

Спазм – и точка

Нет ничего страшнее самого страха.

Фрэнсис Бэкон

Какими бы характерными ни были симптомы миофасциального синдрома тазового дна, для того чтобы выяснить, действительно ли есть спазм, где он локализован и насколько выражен, нужно потрогать мышцы таза руками.

На сегодняшний день не существует никаких объективных методов исследования, которые могли бы подтвердить или опровергнуть диагноз миофасциального синдрома.

Ультразвуковое исследование (УЗИ), магнитно-резонансная томография (МРТ), электронейромиография (ЭНМГ) лишь косвенно указывают на повышенный тонус мышц.

Мышца может быть спазмирована как целиком, так и в отдельных точках. Эти точки называются триггерными и пальпируются как болезненные уплотнения в толще мышцы.

Триггерные точки подразделяются на активные и латентные. Активные болят и дают соответствующую симптоматику в зависимости от локализации и тех функций, которые несет мышца. Латентные точки можно обнаружить при пальпации, но сами по себе они не болят, пока не превратятся в активные под воздействием каких-либо провоцирующих факторов. Это объясняет мгновенное усиление боли у пациентов с миофасциальным синдромом под действием стресса, физической нагрузки или холода.

Как правило, при выраженной тазовой боли спазмированными оказываются многие или даже все мышцы таза. И только на фоне лечения, когда общий спазм ослабевает, можно найти отдельные триггерные точки в определенных мышцах.

Оценить состояние мышц таза частично можно при наружной пальпации области промежности, седалищных бугров, живота, ягодичных областей, крестца и копчика в положении лежа на кушетке. Некоторые из мышц доступны только при внутренней пальпации – через влагалище у женщин и прямую кишку у мужчин (рис. 21).

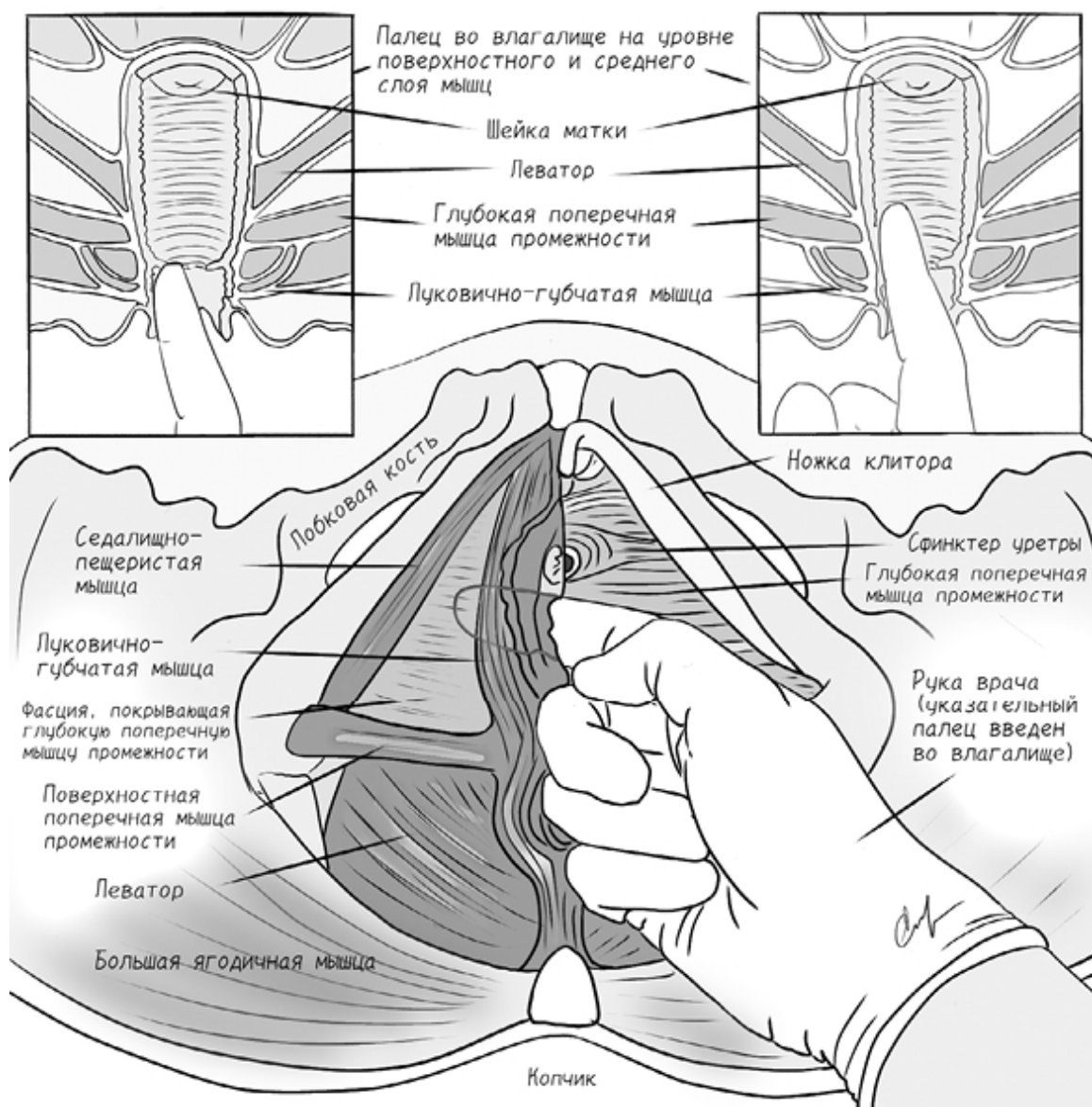


Рис. 21. Внутренняя пальпация мышц таза

Такое исследование обычно проводится в гинекологическом кресле и включает в себя также осмотр половых органов на предмет внешних изменений кожи и слизистых, болезненности, наличия уплотнений или

других отклонений. Врач также проводит общую оценку состояния опорно-двигательного аппарата, осанки, симметричности таза и его расположения в пространстве, может попросить пройти, чтобы оценить походку, или выполнить определенные двигательные тесты.

Наличие спазма или триггерных точек в определенных мышцах (рис. 22) в сочетании с характерными симптомами позволяет подтвердить диагноз миофасциального синдрома и определить тактику лечения.

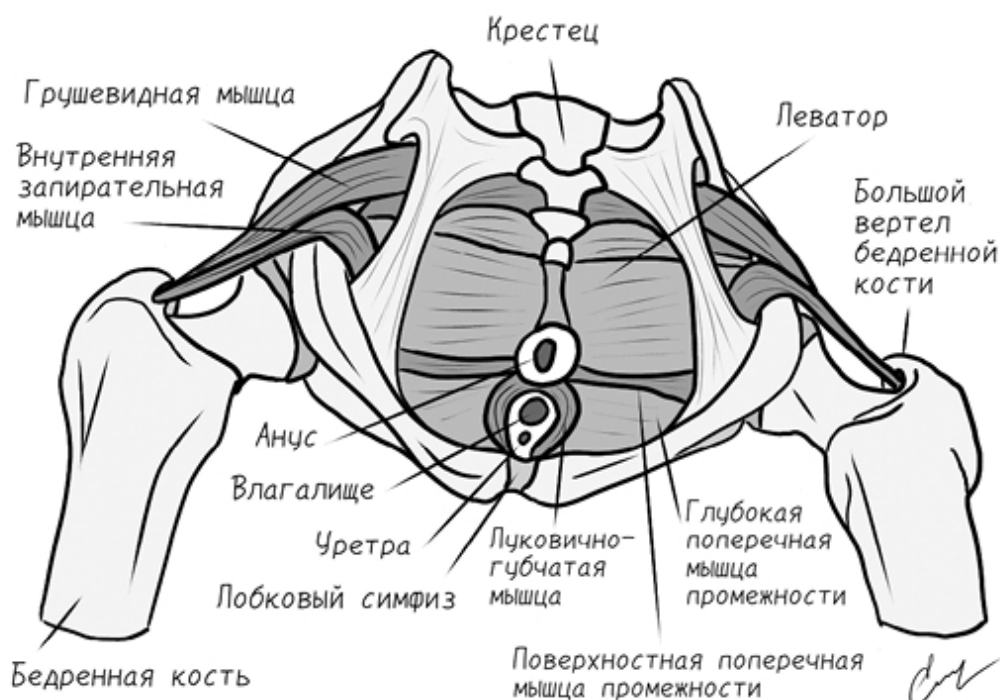


Рис. 22. Мышцы таза

Мышца, поднимающая задний проход (леватор ануса)

Леватор ануса – самая большая мышца промежности, собственно, и являющаяся дном полости малого таза. В связи с этим она несет значительную функциональную нагрузку и часто содержит триггерные точки или целые пучки спазмированных волокон.

Наличие триггерных точек в передних отделах этой мышцы у мужчин дает боль в головке и основании полового члена, а у женщин – в клиторе.

Из-за тесного соседства с предстательной железой и мочевым пузырем напряжение приводит к таким симптомам, как учащенное, затрудненное мочеиспускание, навязчивые позывы, дискомфорт в шейке мочевого пузыря, боль в простате и уретре.

Спазм в средней и задней частях леватора провоцирует боль в промежности, которая может иррадиировать как вперед, в половой член или клитор, так и назад, к копчику.

Также характерны ощущение инородного тела в анусе или во влагалище, боль, связанная с дефекацией, трудности с опорожнением прямой кишки, боль/зуд в анусе.

Анальный сфинктер и копчиковая мышца редко бывают спазмированы изолированно от леватора. Спазм наружного сфинктера прямой кишки сопровождается чувством покалывания, жжения или боли в области заднего прохода, спазм копчиковой мышцы – болью в копчике, ягодицах, заднем проходе, болью при дефекации.

Глубокая поперечная мышца промежности

При пальпации ее трудно дифференцировать от передней части леватора и от прилежащей к ней луковично-губчатой мышцы. Может давать боль в промежности, основании полового члена, уретре, затрудненное мочеиспускание, так как образует наружный сфинктер уретры.

Луковично-губчатая и седалищно-пещеристая мышцы

Спазм луковично-губчатой и седалищно-пещеристой мышц приводит к нарушениям эрекции и семяизвержения, подтеканию мочи из уретры после мочеиспускания, болям в преддверии влагалища и в области клитора у женщин, в основании и по задней поверхности полового члена у мужчин.

Внутренняя запирающая мышца

Одна из наиболее часто спазмирующихся мышц таза. Проблемы с внутренней запирающей мышцей проявляются болью в уретре, в области вульвы у женщин (ассоциировано с вульводинией), болью или чувством инородного тела в промежности, влагалище или прямой кишке, симптомами, похожими на нейропатию полового нерва (из-за сдавления полового нерва в канале Алькока. Рис. 12, с. 47), отраженной болью по задней поверхности бедра. Иногда вследствие сдавления запирающего нерва возникает усиливающаяся в положении стоя боль по внутренней поверхности бедра и спазм приводящих мышц бедра.

Вследствие анатомических особенностей, которые мы разбирали ранее, спазм этой мышцы может натягивать все тазовое дно и давать разлитую симптоматику, удаленную от места расположения самой мышцы. Спазм внутренней запирающей мышцы чаще односторонний или более ярко выраженный на одной стороне, обычно противоположенной спазму грушевидной мышцы.

Грушевидная мышца

Спазм грушевидной мышцы, как правило, непосредственно связан с асимметрией таза. Даже снаружи при осмотре видно натяжение грушевидной мышцы. Пропальпировать ее можно как наружно со стороны ягодицы, так и внутри таза через влагалище или прямую кишку.

Спазм грушевидной мышцы (рис. 14, с. 49) чаще имеет односторонний характер и приводит к болям в ягодице, в области крестцово-подвздошного и тазобедренного суставов, симптомам сдавления полового, седалищного и заднего кожного нерва бедра, натяжения урогенитальной диафрагмы – учащенному, затрудненному мочеиспусканию и сексуальным расстройствам.

Подвздошно-поясничная мышца

Как мы уже говорили, подвздошно-поясничная мышца пропускает через себя почти все нервы пояснично-крестцового сплетения (рис. 15, с. 51), и в случае ее спазма боль может быть локализована в пояснице,

ягодице, паховой области, мошонке или половой губе, по передней поверхности бедра. Боль, связанная с грушевидной мышцей, усиливается в положении лежа на животе, во время ходьбы, разгибания бедра.

Квадратная мышца поясницы

Будучи частой причиной болей в спине, квадратная мышца поясницы также может давать боль в паху, в мошонке у мужчин и половой губе у женщин, внизу живота, в ягодице, в области крестцово-подвздошных сочленений.

Мышцы передней брюшной стенки

Играют далеко не последнюю роль в развитии СХТБ, что связано не только с болями непосредственно в самой брюшной стенке в области поясницы и нижних отделов живота, но и со сдавлением подвздошно-подчревного и подвздошно-пахового нервов (см. ниже).

Большая приводящая мышца бедра

Спазм большой приводящей мышцы бедра часто остается незамеченным у пациентов с СХТБ, хотя может иметь непосредственное отношение к болям в промежности, в области простаты, ощущению инородного тела в прямой кишке.

Ягодичные мышцы

Большая, средняя и малая ягодичные мышцы, как несложно догадаться, располагаются в области ягодиц, но, спазмируясь, могут вызывать боль не только в этой зоне, но также в крестце, копчике, мошонке, в ногах и коленях.

Честно говоря, любые боли в теле и спазм совершенно неожиданных мышц, например жевательных или глубоких мышц шеи, может оказаться связанным с напряжением мышц тазового дна и СХТБ, но об этом чуть позже. Пока мы обсудили только мышцы, имеющие непосредственное отношение в тазовой боли в силу своей локализации.

Большое значение в развитии симптомов играет близость этих мышц к внутренним органам, в частности уретре, простате, мочевому пузырю и прямой кишке, а также давление, которое спазмированные мышцы оказывают на проходящие рядом с ними или даже через них нервы.

Больше всего проблем, как правило, связано с половым нервом, так как этот бедолага может сдавливаться в различных местах разными мышцами (рис. 12).

Выраженность и характер будут несколько отличаться в зависимости от уровня компрессии. В развитии нейропатии полового нерва не исключается также роль вирусной, в частности герпетической, инфекции.

Доктора в диагностике **нейропатии полового нерва** ориентируются на широко известные «Нантские критерии» 2008 года [9].

К обязательным критериям относятся следующие:

- боль в зоне иннервации полового нерва;
- боль преимущественно в положении сидя;
- боль не будит пациента ночью;
- отсутствуют объективные нарушения чувствительности;
- блокада полового нерва облегчает боль.

К дополнительным:

- жжение, стреляющая или режущая боль, онемение;
- аллодиния, гиперчувствительность;
- ощущение инородного тела в анусе или влагалище;
- усиление боли к вечеру;
- односторонняя боль;
- усиление боли после дефекации;
- болезненность при пальпации седалищной ости;
- данные нейрофизиологических тестов подтверждают диагноз.

К исключаящим:

- боль вне зоны иннервации полового нерва;
- зуд (чаще признак дерматологического заболевания);
- исключительно пароксизмальная боль;
- результаты объективных исследований способны объяснить боль.

На практике очень сложно бывает отличить боль, вызванную спазмом мышц, от истинной нейропатической, что не удивительно, поскольку симптомы тесно соседствуют, так же как соседствуют нервные и мышечные волокна.

Помимо полового нерва, в развитии СХТБ могут участвовать и другие нервы (рис. 16–17, с. 52, 54).

Так, для сдавления подвздошно-подчревного нерва характерна боль в нижней части живота, выше паховых складок и над лоном, для синдрома подвздошно-пахового нерва – боль в паховой области с иррадиацией в половые органы и внутреннюю поверхность бедра, гиперчувствительность кожи лобка, верхней части мошонки или большой половой губы и основания полового члена.

Подвздошно-подчревный и подвздошно-паховый нервы часто страдают вместе, так как идут параллельно и близко друг к другу. Как правило, при сгибании бедра и вращении его внутрь боли уменьшаются, а при разгибании или попытке встать из положения лежа на спине усиливаются.

Сдавление бедренно-полового нерва характеризуется болью и парестезиями по передневнутренней поверхности бедра ниже паховой складки. Боль усиливается при стоянии, ходьбе, разгибании бедра, при пальпации внутреннего пахового кольца, а уменьшается в положении лежа и сидя.

В любом случае восстановление включает в себя борьбу с мышечным спазмом как с возможной причиной компрессии нерва и самостоятельным источником боли.

Для исключения нейропатического компонента боли, если он имеет место, используются дополнительные методы лечения.

Все связано: таинственный мир миофасции

Все связано со всем.

Барри Коммонер. Первый закон Коммонера

Современная медицина имеет существенный недостаток, заключающийся в условной изолированности врачей отдельных специальностей друг от друга. В обычной медицинской практике отсутствует взгляд на человека как на единое целое даже в физическом смысле, не говоря уже о ментальном, эмоциональном, энергетическом и других.

В этом плане древневосточные медицинские школы – аюрведическая, тибетская и китайская – несравненно более продвинуты, чем официальная медицина XXI века.

Научно-технический прогресс позволил добиться колоссальных успехов в лечении онкологических и других тяжелых заболеваний, создать уникальное диагностическое и хирургическое оборудование.

Нельзя не восхищаться эндоваскулярными, эндоскопическими и роботическими операциями. Люди научились манипулировать внутри крошечных сосудов, в полостях тела, внутри пищеварительного тракта и мочевыводящих путей, пересаживать органы и даже корректировать геном! А прямо сейчас мы стоим на пороге новых перемен, когда лечить больных, вероятно, начнет искусственный интеллект.

Однако, в то время «как космические корабли бороздят просторы Вселенной», причины развития множества болезней, особенно их очевидная взаимосвязь с эмоциями, психикой и чем-то еще, чего мы не видим, остаются непознанными.

Одним из направлений официальной медицины, которое больше всего приблизилось к пониманию взаимодействия психического с физическим, а также общих взаимосвязей в теле, является остеопатия. В ее основе лежат представления об общей фасциальной сети тела как о подвижной, живой, реактивной, меняющейся во времени и пространстве структуре [10].

В анатомической практике под термином «фасция» обычно подразумевают белые пленки или более толстые пластины, которые разделяют мышцы и вплетаются в них. Такое представление о фасции весьма поверхностно, так как эти пленки являются только наиболее плотной и видимой невооруженному глазу частью соединительнотканной сети, пронизывающей все наше тело.

Для наглядности можно сравнить, например, поперечный срез руки или ноги со срезом апельсина, где кожура будет соответствовать коже, цедра – поверхностной фасции, оболочки долек – фасциям, покрывающим мышцы, содержимое долек – более мелким соединительнотканным структурам внутри мышц. Сравнение получается довольно грубое, так как дольки апельсина не двигаются друг относительно друга, а все фасциальные структуры очень подвижны.

Соединительнотканная сеть включает не только видимые плотные структуры, но и жидкотекучий межклеточный (он же внеклеточный) матрикс, содержащий микроскопические коллагеновые и эластиновые волокна, воду и гидрофильные гликозаминогликаны. Волокна напоминают паутину, пронизывающую все ткани в теле и заполняющую пространство между клетками. Через матрикс клетки получают все питательные вещества и кислород, и от его текучести зависит, как легко и быстро это происходит. В напряженном, плотном матриксе клетки будут страдать от нехватки необходимых им питательных веществ.

Более того, внутри каждой клетки организма также существует структурированный опорно-двигательный аппарат, образованный белковыми нитями и называемый цитоскелетом [11]. Рецепторы, встроенные в клеточную стенку (интегрины), способны реагировать на механическое давление со стороны межклеточного матрикса и передавать это давление цитоскелету, что приводит к изменению функциональной активности клетки, вплоть до влияния на экспрессию генов! Таким образом, даже внутренне содержимое клеток интегрировано в общую фасциальную сеть нашего тела. Иными словами, фасция продолжается и на микроскопическом уровне.

Вместе с нервной и кровеносной системой, фасция объединяет наше тело в единое целое. Все три системы переносят информацию: нервная – с помощью электрического импульса по принципу двоичного кода (есть сигнал / нет сигнала), кровеносная в жидком виде разносит по телу «химическую» информацию в виде различных молекул, фасциальная передает механическую информацию посредством сжатий и растяжений по сети волокон. Удивительно, но именно фасциальная система обеспечивает наибольшую скорость передачи информации. Если в кровеносной системе клетка проходит круг кровообращения за

1,5 минуты, а нервный импульс движется со скоростью от 10 до 270 км/ч, то механическая вибрация проходит по фасциальной сети со скоростью звука – примерно 1100 км/ч [10]. Причем эта механическая волна распространяется по всему телу, вызывая деформацию соединительнотканых структур. Представьте, что вы постучали с одного бока по лежащему на тарелке холодцу или студню и он начнет вибрировать. Так и в теле через соединительную сеть все связано со всем.

В свою очередь, соединительная ткань содержит многочисленные рецепторы и нервные окончания, которые улавливают информацию об изменениях растяжения, нагрузки, давления, вибрации и передают ее мозгу. Эти нервные окончания участвуют в вегетативных реакциях, а также могут функционировать как болевые рецепторы.

В головном мозге тоже есть соединительная ткань, называемая нейроглией. Принято считать, что клетки нейроглии выполняют как бы обслуживающую функцию, поддерживая работу нейронов. Однако есть исследования, указывающие на участие нейроглии в работе мозга, главным образом в эмоциональных реакциях [12]!

Соединительная ткань не является пассивной структурой, ее собственные клетки – миофибробласты – способны к сокращению.

Удивительно, что они не подчиняются сигналам со стороны нервной системы, как мышечные волокна. Их сокращению способствуют длительное механическое воздействие на ткань, биохимический состав и кислотно-основное состояние окружающей межклеточной жидкости. Процессы, приводящие к закислению внутренней среды организма, такие как нарушения дыхания и психологические переживания, могут повлечь за собой общее напряжение фасций [13].

Чем больше мы узнаем про свойства фасций, тем понятнее становятся процессы, происходящие в теле при многих заболеваниях и, в частности, у пациентов с СХТБ при напряжении мышц и фасций в области таза.

Внеклеточный матрикс реагирует на изменение давления биоэлектрической активностью и изменением физико-химических свойств [14]. В зоне повышенного напряжения структура

соединительной ткани подвергается реорганизации, волокон становится больше, ткань уплотняется (фиброзируется), питание клеток нарушается. И это может происходить не только с видимыми фасциями и мышцами, но и с любыми органами, так как соединительная ткань вездесуща. Не это ли происходит с предстательной железой, уретрой и мочевым пузырем у пациентов с миофасциальным синдромом тазового дна?

По моему глубокому убеждению, к сожалению, не имеющему пока доказательств, кроме реальных клинических примеров, интерстициальный цистит является следствием миофасциального синдрома тазового дна. Как бы это жестоко ни звучало, но мне повезло наблюдать пациентов, у которых к клинике длительно протекающего миофасциального синдрома в какой-то момент присоединились симптомы интерстициального цистита и на цистоскопии появились характерные изменения. А затем на фоне своевременно начатого лечения произошло полное восстановление слизистой оболочки и регресс симптоматики.

Безусловно, интерстициальный цистит – очень сложная комплексная проблема, в которой участвуют разнообразные воспалительные, аллергические и аутоиммунные процессы, происходящие в стенке мочевого пузыря. Однако общий пусковой механизм заболевания представляется мне как цепочка, в начале которой находится сильный психоэмоциональный стресс, приводящий к дисбалансу в мио-фасциальной системе и спазму тазового дна у исходно предрасположенных к этому людей. В свою очередь, напряжение мышц таза и натяжение фасций меняют свойства соединительной ткани в стенке мочевого пузыря, оказывая, таким образом, влияние не только на ее структуру, но и на процессы, протекающие на молекулярном и биохимическом уровне.

Чем больше мы узнаем о свойствах миофасции, тем понятнее становятся тесные взаимосвязи мышечно-фасциальных болей и спазма с психикой и эмоциями, а также с работой вегетативной нервной системы [10]. Так, холод у многих пациентов с СХТБ вызывает спазм мелких сосудов нижних конечностей, у них начинают мерзнуть ноги, тут же спазмируются мышцы в тазу, и появляется боль. Ну а уж негативные эмоции тем более мгновенно приводят к усилению боли и

спазма. Неясно, как именно это работает, но очевидно, что фасциальная сеть принимает в этом непосредственное участие.

Мышечно-фасциальные поезда

Поезд – это такой вид транспорта, где люди капец как раскрывают душу. В поезде предельно откровенный разговор начинается через минуту после начала разговора^[1].

Слава Комиссаренко. Stand Up

Для понимания причин и механизмов развития миофасциального синдрома тазового дна очень важны не только представления об общей соединительнотканной сети человеческого тела, но и концепция анатомических мышечно-фасциальных поездов, объясняющая, как на самом деле устроен и работает опорно-двигательный аппарат.

Если первые сведения о фасции как о единой связующей системе организма появились еще в конце XIX века (в 1892 г. Эндрю Стилл основал Американскую школу остеопатии), то о функциональных связях анатомически удаленных друг от друга мышц начали говорить только с середины XX века. В 1956 году Курт Триттель опубликовал работу «Мышечные слинги в спорте». В 1997 году вышли в свет первые статьи Томаса Майерса о модели анатомических поездов.

В 2001-м Майерс завершил работу над книгой «Анатомические поезда», которая стала настоящей библией для специалистов по движению, реабилитологов, тренеров и мануальных терапевтов [15].

Она переведена на 12 языков и трижды переиздавалась.

Согласно концепции анатомических поездов, независимо от того, какую работу мышцы выполняют в отдельности, они с помощью фасций анатомически и функционально объединены в продольно расположенные и проходящие через все тело миофасциальные меридианы. Теория, предложенная Томасом Майерсом, имеет под собой анатомическое основание и подтверждена результатами препаровки тканей. Клинически она дает нам представления о том, как мышцы

связаны друг с другом и почему боль в одной части тела может быть обусловлена проблемами в другой, далеко расположенной области.

Анатомические поезда организованы по условным линиям. В вертикальном направлении проходят поверхностная задняя, поверхностная и глубокая фронтальные, латеральная и спиральная линии. Также есть четыре линии рук и три функциональные линии.

Мышцы тазового дна являются частью глубинной фронтальной линии (ГФЛ), которая считается миофасциальным «стержнем» тела. Она играет важную роль в обеспечении опоры: стабилизирует все отделы ног, включая бедра, поддерживает поясничный отдел позвоночника, формирует полость живота и полость таза, уравнивает совершающие дыхательные движения грудь, хрупкую шею и тяжелую голову. Дисбаланс в глубинной фронтальной линии приводит к перекосу таза и позвоночника.

Анатомический поезд ГФЛ (рис. 23) начинает свое следование глубоко под стопой в подошвенной фасции, далее по задней поверхности костей голени поднимается вверх, захватывая заднюю большеберцовую мышцу и длинные сгибатели пальцев стопы, проходит за коленом, вплетаясь в капсулу коленного сустава, к внутренней стороне бедра, где охватывает приводящие мышцы бедра.

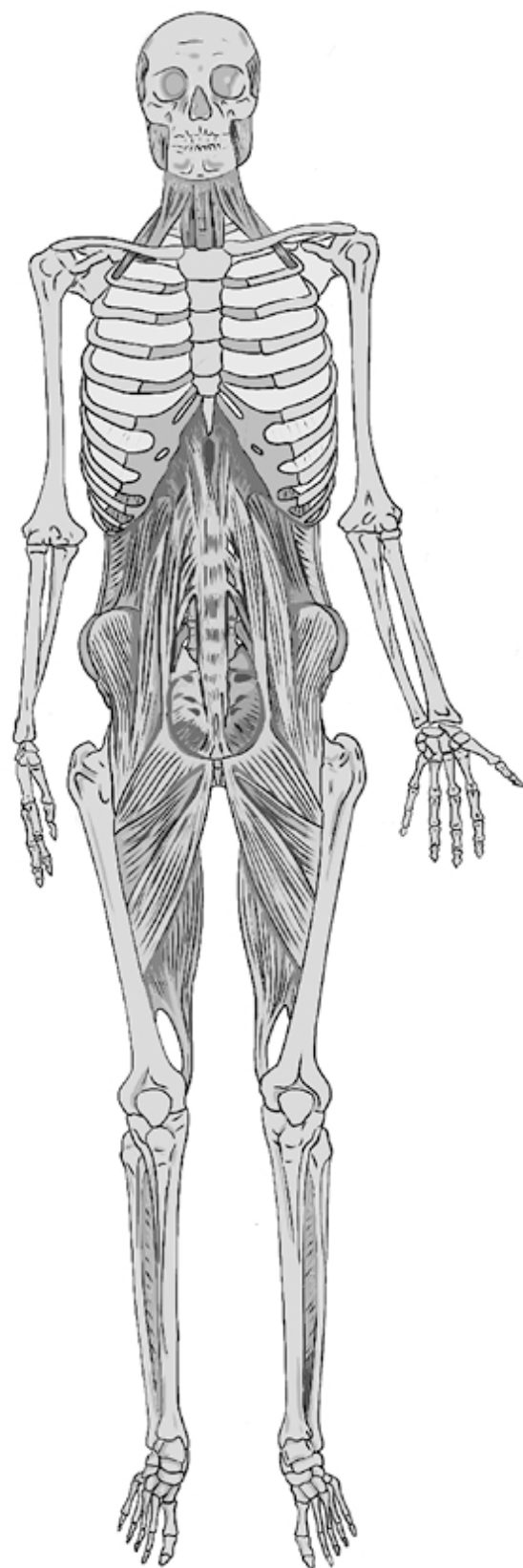


Рис. 23. Глубинная фронтальная линия в концепции мышечных поездов по Т. Майерсу

Как раз здесь поезд подходит снизу к особо интересующей нас области таза и включает в себя все тазовое дно вместе с мышцами и фасциями, фасции внутренних запирающих мышц, переднюю крестцовую фасцию, подвздошно-поясничную и гребенчатую мышцы. Продвигаясь вверх, поезд идет через диафрагму, внутригрудную фасцию, поперечные мышцы грудной клетки, перикард (оболочку сердца), средостение, париетальную плевру (оболочку легких) и попадает в область шеи. Здесь он присоединяет глубокие мышцы шеи, претрахеальную фасцию, мышцы гортани, подподъязычные и надподъязычные мышцы.

Таким образом, тазовое дно – часть одной из важнейших миофасциальных линий тела, знание строения которой позволяет находить причины развития миофасциального синдрома таза, а также пути решения этой проблемы.

Если смотреть на тело через призму миофасциальных меридианов, становится понятным, что боль в шее, грудном отделе позвоночника и тазовая боль непосредственно связаны друг с другом, а человек с напряженной грудобрюшной диафрагмой с высокой вероятностью будет иметь проблемы с подвижностью тазового дна.

Интересно, что соединительнотканые структуры средостения (комплекса органов, расположенных в центре грудной клетки между легкими), по мнению многих остеопатов, одними из первых реагируют на негативные эмоции, запуская психосоматические реакции. Недаром выражение «душа болит» подразумевает давящие дискомфортные ощущения глубоко в груди, а «комочек в горле» представляет собой не что иное, как спазм мышц гортани и глотки. Так что тазовое дно с его «сжатым очком» прекрасно вписывается в эту компанию.

Заметки на полях борьбы с СХТБ

Анжелике 32. Ее бывший муж всегда отличался тяжелым характером и нередко поднимал на нее руку, но три года назад у него просто сорвало крышу. Вместе с шестилетней дочкой она сбежала от него к родителям. Мужчина подкараулил ее в подъезде и пытался изнасиловать. Угрожал, что убьет дочь. Анжелика убежала и заявила в полицию. Через неделю у нее

заболело горло. Сначала она думала, что это простуда, и лечилась горячим чаем с малиной. Потом было три курса антибиотиков и четыре лор-врача, последний из которых сказал, что это спазм мышц глотки.

Боль в горле постепенно прошла, но появилась другая, не менее изнуряющая, боль в промежности, которая не оставляет Анжелику до сих пор. Муж больше не преследует их. Она пыталась начать новые отношения. Половой акт невозможен из-за боли при попытке проникновения. Ей трудно мочиться и опорожнять кишечник. Все мышцы тазового дна при осмотре спазмированы...

Глава 6

Фактор боли

Осторожно: высокое напряжение

Обстоятельства не изменятся. Изменишься только ты сам.

Энн Райс

Безусловно, не только психосоматические, но и реальные физические факторы вызывают спазм тазовых мышц и фасций.

Так, напряжение внутренних запирательных и грушевидных мышц может носить компенсаторный характер и обеспечивать стабилизацию тела при слабости каких-то других мышц, например ягодичных. Такое компенсаторное напряжение может существовать длительно и бессимптомно, давая о себе знать лишь под действием провоцирующих факторов.

Травма является одним из важнейших триггеров. Особенно опасны падения на попу при поскальзывании или неожиданном прыжке. Сразу вспоминаются зимние виды спорта и снежные забавы, сноуборд и ледяные горки.

Также к травматическому повреждению мышц, фасций, связок и нервов таза приводят хирургические вмешательства.

Серьезной диссекцией тканей внутри таза сопровождаются онкогинекологические, проктологические и урологические операции по поводу злокачественных новообразований, включающие удаление регионарных лимфатических узлов.

Сетчатые импланты, устанавливаемые по поводу опущения органов малого таза (пролапса) и стрессового недержания мочи могут становиться источником боли.

Операции по пластике паховой грыжи, по поводу варикоцеле, аппендицита, вазэктомия (мужская стерилизация) также могут инициировать начало СХТБ.

Травма или операция приводят к повреждению тканей, которое организм заживляет с формированием рубца.

Рубец – это патологическая, слишком плотная соединительная ткань, создающая натяжение в фасциальной сети, особенно в близлежащих участках.

Рубцовые изменения в мышце снижают ее функциональные возможности.

Рубец, захватывающий нерв, становится причиной нейропатии.

У женщин рубцы после кесарева сечения часто оказываются зоной фасциального напряжения внизу живота и вызывают различные симптомы со стороны органов и мышц таза.

Рефлекторный спазм мышц в момент падения сам по себе может закрепляться в виде патологического паттерна. Кто ни разу не поскользнулся и не падал на копчик?

Серьезные травмы, например перелом таза, и вовсе приводят к деформациям костных структур и неизбежному напряжению костной ткани, надкостницы, фасций и мышц.

Учитывая, что в теле все связано со всем, не только травмы таза могут вызывать спазм тазовых мышц, но и черепно-мозговые травмы, повреждения позвоночника.

Довольно часто в анамнезе у пациентов с СХТБ встречаются травмы коленных суставов и операции на них. Испытывая боль в колене, человек невольно переносит вес на здоровую ногу, что неизбежно приводит к перекосу таза и спазму мышц – как правило, с противоположной больному колену стороны.

Роды через естественные половые пути, по сути, тоже представляют собой травму для всего таза по целому ряду причин.

Процесс родовой деятельности сопровождается движением в малоподвижных сочленениях тазовых костей, а именно в лобковом симфизе и крестцово-подвздошных сочленениях. Воспаление лобкового симфиза (симфизит) может возникнуть еще до родов, во время беременности в связи с гормональными и анатомическими изменениями в теле.

В родах головка плода на выходе из малого таза создает компрессию полового нерва в канале Алькока, и чем дольше она находится в этом положении, тем больше страдает нерв.

Риск компрессии нерва зависит от относительных размеров таза и плода, а также течения родов. К счастью, у большинства женщин поврежденный нерв постепенно самостоятельно восстанавливается.

Разрывы мягких тканей промежности или их намеренное рассечение (эпизиотомия) также наносят травму тазовому дну. Рубцы, которые остаются после этого, могут становиться триггером для тазовых болей. Перерастянутые мышцы производят впечатление слабых, но одновременно с этим могут содержать триггерные точки или зоны и быть спазмированными в местах прикрепления. Поэтому очень важно грамотно выстраивать процесс послеродового восстановления тазового дна.

Начинать лучше с коррекции осанки и положения таза, дыхательных упражнений и мобилизации фасциальных структур и только потом подключать упражнения на сокращение мышц. Не раз мне встречались пациентки, которые в борьбе с легким стрессовым недержанием мочи после родов так усердствовали с упражнениями Кегеля, что заработали сильнейший спазм мышц тазового дна.

Интенсивное и продолжительное сжатие тазовых мышц формирует неправильный стереотип мышечного сокращения, который может закрепиться на длительное время.

Например, сфинктеры мочевого пузыря и прямой кишки или даже в целом тазовое дно могут перейти в состояние гипертонуса, если систематически и подолгу терпеть позывы к мочеиспусканию или дефекации. Иногда такая необходимость связана с профессией (военнослужащие, продавцы, операторы сложной техники и др.), а иногда это просто дурная привычка. Мы уже говорили о детях, которые, брезгуя школьным туалетом, мочатся утром до школы и вечером – после. Настоячивое приучение ребенка к горшку в слишком раннем возрасте тоже может привести к проблемам, так как ребенок начинает непроизвольно сжимать промежности. Одна моя пациентка с гипертонусом мышц и тазовой болью, рассказывала, что мама была ее в детстве по промежности, когда та писалась в трусики.

Профессионально обусловленным бывает длительное пребывание в неудобной позе, способствующей перенапряжению мышц или перекосу таза. И здесь в группу риска попадают как люди рабочих профессий (водители, строители и другие), так и все офисные

работники, целыми днями не отрывающие тазовое дно от кресла, а голову – от компьютера.

Спазм мышц промежности может быть вызван также не длительным, но резким и болезненным сокращением.

К сожалению, болезненный осмотр у врача, болезненный половой акт или сексуальное насилие являются не только психологическими, но и физическими причинами спазма мышц как у мужчин, так и у женщин.

Заметки на полях борьбы с СХТБ

Николаю 50 лет. Он страдает от постоянного дискомфорта в промежности и анусе. Неоднократно лечил анальные трещины. Жалуется на учащенное и затрудненное мочеиспускание. Долго не обращался к врачам, потому что поход к урологу для него мучителен: трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) и пальпация предстательной железы очень болезненны. Николаю не дает покоя воспоминание из прошлого. В подростковом возрасте ему в больнице без наркоза сделали цистоскопию. Привязали к креслу и без предупреждения засунули «железную палку» в половой член. Он помнит, как вырывался и кричал.

Острые воспалительные заболевания мочеполовых органов и прямой кишки, такие как острый цистит, острый простатит, острый уретрит, проктит, геморрой, вследствие резкой болезненности также могут провоцировать спазм тазовых мышц. Как правило, он носит временный характер, но в случае повторяющегося воспаления и формирования негативной психической доминанты способен закрепляться на длительный срок.

Такой же эффект дают болезненные медицинские манипуляции или операции, выполненные урологом, проктологом или гинекологом.

Заметки на полях борьбы с СХТБ

У Игоря двое детей. Три года назад у младшего сына появился баланопостит, и мальчик стал активно жаловаться папе на то, что «пися болит». Симптомы у малыша быстро прошли, а вот у папы появился стойкий дискомфорт в головке полового члена. Игорь обратился к урологу. Доктор назначил

мазок из уретры. Процедура была очень болезненной, и после нее рези распространились уже на весь половой член. Результат мазка, кстати, оказался хорошим. Так начались бесконечные хождения Игоря по урологам...

Ряд заболеваний считают спутниками гиперактивности тазового дна и тазовой боли: это аденомиоз, анальные трещины, геморрой, синдром раздраженной кишки, мигрень и другие. Общее напряжение мышц в теле, свойственное стрессу, усталости, неврозам, фибромиалгии, не оставляет расслабленным и тазовое дно.

Тело помнит все

Все болезни – от нервов, и только венерические – от любви.

Долгое время я не могла понять, почему пациенты, попавшие ко мне на прием впервые, после осмотра и пальпации структур таза начинают рассказывать о событиях своей жизни и связанных с ними переживаниях так, как будто пришли вовсе не к урологу, а к психотерапевту. Я уже было решила, что это такая моя суперспособность – мгновенно приближаться к сути проблемы. И только спустя несколько лет, познакомившись с остеопатией, я поняла, что секрет в тактильном взаимодействии с триггерными точками в теле. Стоит только прикоснуться к напряженным тканям, как мозг мгновенно подкидывает человеку воспоминания и эмоции, связанные с этим спазмом. Кстати, схема работает и в обратном порядке. Если, пальпируя мышцы, начать обсуждать с пациентом его переживания, в тканях сразу начинается движение, спазм усиливается, и это можно ощутить физически. Пациенты, хорошо чувствующие свое тело и уже избавившиеся от сильного спазма, сами отслеживают четкую связь стресса с активностью триггерных точек.

Физическое тело с его фасциальной сетью и мышечными поездками неслучайно создано таким пластичным. Способность к перераспределению напряжения – важнейший адаптационный механизм.

Организм вообще обладает потрясающими компенсаторными возможностями, позволяющими нам приспособливаться к постоянно меняющейся окружающей среде.

Адаптироваться ему приходится не только к физическим факторам, например к регулярному пребыванию в неудобной позе или необходимости щадить травмированное колено, но и к психическим. Глобальная реакция на стресс заложена в нас эволюционно.

Выброс кортизола, повышение артериального давления, уровня сахара в крови, сердцебиение, сокращение мелких сосудов рук и ног для централизации кровообращения, частое поверхностное дыхание – все это позволяет мобилизоваться, чтобы драться или убегать, спасаясь от хищника, или замереть, пережидая опасность. «Поджать хвост», чтобы защитить свои гениталии – спазм мышц тазового дна; «втянуть шею», чтобы стать менее заметным – спазм глубоких мышц шеи; задержать дыхание – спазм диафрагмы и так далее – все это базовые психосоматические реакции нашего тела.

Любая эмоция или мысль незамедлительно действуют на тонус мышц. Обычно мы этого не замечаем, так как наше внимание сосредоточено преимущественно на внешних объектах, а не собственном теле. Например, испытывая злость, мы непроизвольно сжимаем кулаки и челюсти, когда сердимся – хмурим брови. Активное участие мимических мышц лица в демонстрации эмоций является наглядным примером таких взаимосвязей.

Невозможность свободно выражать и проживать эмоции также приводит к появлению мышечных зажимов. Если человек не может открыто заплакать, закричать или что-то высказать, у него будут сжиматься мышцы горла, гортани и диафрагма. Запрещенные к выражению чувства, будучи подавленными, не исчезают, а лишь перестают осознаваться, закрепляясь в виде мышечных спазмов.

Заметки на полях борьбы с СХТБ

Владислав – высокий крепкий 40-летний мужчина. Он плачет весь прием... Младший ребенок Влада болеет неизлечимым медленно прогрессирующим заболеванием. Сам Влад тоже болеет вот уже четыре года. Испытывает

почти постоянную боль в промежности и навязчивые позывы к мочеиспусканию.

Ему кажется, что он умирает вместе с сыном. Отмечает, что стал слабым и нерешительным. Все организационные вопросы в семье решает жена. Владислав лечит простатит. Впервые почувствовал выраженное облегчение после приема миорелаксантов и ботулинотерапии...

Апогеем психосоматических проявлений является паническая атака – внезапный эпизод сильного, неконтролируемого страха, который сопровождается активацией вегетативной нервной системы. Человек ощущает сильное сердцебиение, головокружение, дрожь, покрывается липким холодным потом, у него повышается давление, возникает одышка или расстройство дыхания, появляется боль в груди, в животе, тошнота, диарея, онемение в теле, страх смерти. Набор симптомов и их выраженность могут значительно варьироваться от невыносимо ярких до весьма стертых. Кстати, многие пациенты с синдромом хронической тазовой боли страдают также и от панических атак.

Заметки на полях борьбы с СХТБ

У Саши в детстве был энурез. В садике воспитательница унижала его за то, что он писался в кровать.

На этой почве у пятилетнего ребенка начались панические атаки с приступами удушья, сохраняющиеся до сих пор... В подростковом возрасте на фоне семейных проблем к этому добавился сильный спазм мышц тазового дна с болевыми приступами до потери сознания...

Возникнув однажды в психотравмирующей ситуации, реакция тела закрепляется в структурах мозга, неподконтрольных сознанию, а затем снова и снова воспроизводится под действием даже незначительных провоцирующих факторов. Да, правда в том, что наш мозг может ошибаться, не отличая реальную угрозу от мнимой. И в этом нет его вины, ведь так он стремится защитить тело, обеспечив ему выживание в постоянно меняющихся обстоятельствах.

Тело помнит все [16]. Все сильные эмоциональные реакции фиксируются в пластичной миофасции, влияя не только на опорно-

двигательный аппарат, но и на внутренние органы, нервную, кровеносную, эндокринную и другие системы.

Именно мышечно-фасциальный спазм лежит в основе психосоматических заболеваний, создавая его «материальную» основу.

Часто пациенты, да и сами доктора, говоря о психогенных или психосоматических нарушениях, подразумевают какие-то несуществующие болезни. Как будто человек сам придумывает себе симптомы и страдает от них, а на самом деле у него все хорошо. В таком контексте исходящая от уролога или гинеколога рекомендация посетить психотерапевта воспринимается резко негативно. В действительности психосоматические заболевания ничуть не менее реальны, чем все остальные, просто основным запускающим фактором для них послужил психоэмоциональный стресс, а значит, и лечение обязательно должно включать в себя работу с психологической причиной. Самое сложное – проработать детские психотравмы, семейные конфликты, вопросы самореализации, страхи и комплексы, изменить отношение к ситуации и образ жизни – да, кажется, легче в космос улететь!

Заметки на полях борьбы с СХТБ

Юле 24. В девять лет мать оставила ее на попечение бабушки, а сама исчезла с очередным сожителем. Бабушка была очень строгой. Когда Юля жаловалась, что у нее периодически появляется нестерпимая боль в уретре, бабушка подозревала девочку в интимных отношениях с мальчиками и обвиняла в распущенности.

А Юля была девственницей и ничем предосудительным не занималась. Чтобы избегать мучительных объяснений, в моменты приступов она закрывалась в ванной и спасалась от боли в горячей воде. В детстве Юлю не водили по врачам; только начав работать и жить отдельно, она обратилась за медицинской помощью по поводу хронической тазовой боли...

Как показывает опыт, пациенты предпочитают бесконечно лечить загадочные скрытые инфекции и перебирать всех возможных специалистов, нежели открыто взглянуть в глаза собственным психологическим проблемам и начать с ними работать.

Бывает и так, что болезнь – не только телесное проявление стресса, но и способ бегства от жизненных трудностей или получения какой-то неочевидной выгоды, как бы это жестоко ни звучало. Болезнь может выполнять определенные функции:

- дает возможность почувствовать себя живым;
- позволяет дать себе отдых, паузу, сосредоточиться на своих желаниях и потребностях;
- дает право выражать свои чувства (злость, обиду, вину и другие);
- разрешает выбирать, как себя вести, и отстаивать свои границы – не соглашаться на то, что окружающие навязывают в качестве обязанностей или ожидают от вас;
- позволяет получить право на радость, на заботу о себе;
- обеспечивает внимание и поддержку со стороны близких;
- дает возможность уклониться от каких-то обязанностей, ответственности;
- наказывает за что-то, преподает урок.

Заметки на полях борьбы с СХТБ

Анну привел на прием муж. Он прекрасно ориентируется в ее симптомах и обследованиях. Жалобы и анамнез может рассказать лучше, чем она сама. Анна мучится от тазовой боли и посткоитальных циститов все 10 лет, как они в браке. Каждый половой акт сопровождается профилактическими ритуалами для обоих партнеров и сам по себе приносит Анне боль, а мужу – чувство вины. Анна не работает. Никакие виды лечения не дают эффекта. Ботокс не помог. На повторный прием после ботулинотерапии Анна не пришла. Муж в переписке упрекнул меня в равнодушии из-за того, что я сама ей не позвонила.

К сожалению, болезнь и ее лечение могут становиться образом жизни. Не раз мне встречались люди, настолько погруженные в проблему СХТБ, что вопрос «Чем вы будете заниматься, когда вылечитесь?» ставил их в тупик.

Заметки на полях борьбы с СХТБ

Вся жизнь Дмитрия посвящена лечению тазовой боли. Он знает всех хороших специалистов во всех городах и даже странах. Дмитрий любит, когда его лечат: выполняют диагностические исследования, пишут подробные заключения, назначают много лекарств, физиопроцедур, делают блокады и инъекции. За годы лечения его боль снизилась с 7–8 баллов по 10-балльной шкале до 2–3, однако он по-прежнему не работает и не женится. Его финансово поддерживают родители, которые в юном возрасте бросили его, оставив на попечение бабушки, и уехали за границу. Дмитрий не выполняет рекомендаций по изменению образа жизни, физической реабилитации и работе с психотерапевтом.

Рекомендуя пациенту с тазовой болью обратиться к психотерапевту или психологу, я вовсе не хочу от него избавиться или как-то обидеть. Я хочу, чтобы лечение СХТБ было эффективным, а это, как правило, невозможно без коррекции психологического компонента. Можно сколько угодно расслаблять мышцы таза мануальной терапией, медикаментами или ботулотоксином, но все вернется, если первопричина проблем остается в теле в виде связанных с душевными травмами спазмов или в голове в виде психоэмоциональной доминанты.

Добиться физического и эмоционального расслабления – непростая задача, и каждый на этом пути выбирает наиболее подходящие способы: от физической релаксации и медитации до регулярной работы с личным психотерапевтом.

Поиск конкретной психосоматической причины боли тоже тот еще квест. С точки зрения психосоматики тазовое дно – это центр жизненной силы, жизнелюбия, полноты ресурсов, внутренней связности, уверенности в себе. Его функционирование ассоциировано с понятием женственности, мужественности, человечности.

С тазовым дном тесно связаны сексуальность и сексуальное удовольствие.

Во многих духовных практиках принято считать, что в области промежности локализована первая, или корневая, чакра – муладхара (кундалини). В переводе с санскрита ее название означает «основа», «корень», «фундамент», «опора». Через первую чакру в тело человека входит энергия и движется вверх, проходя шесть остальных чакр. Муладхара связана с основными инстинктами и потребностями человека: самосохранением, здоровьем, физическим существованием, безопасностью и воспроизведением потомства. Если в ее области есть блоки и зажимы, то энергия в тело поступает с трудом. В таком случае человек полон страхов, сомнений и беспокойств, чувствует себя одиноким и незащищенным.

Согласно учению кундалини-йоги, все наши низшие страсти, комплексы, желания, фрустрации и вина локализуются в основной чакре. Когда она раскрыта и работает гармонично, человек ощущает глубокую и непосредственную связь с землей, чувствует себя заземленным в положительном смысле слова. Он полон интереса к жизни, ощущает стабильность, самоудовлетворение и внутреннюю силу, может отважно преодолевать конфликтные и кризисные ситуации, напорист, энергичен, активен, проникателен. У него здоровые сексуальные потребности и большая жизненная сила.

Тазовая боль как будто лишает пациентов опоры и основы, уверенности в себе и жизненной энергии.

Разные психосоматические школы по-разному интерпретируют проблемы в области таза и мочеполовых органов. Возможно, многие найдут объяснения своих проблем в теориях Луизы Хей, Лиз Бурбо, В. Синельникова, методе PSY2.0 и других. В среде профессиональных психологов и психотерапевтов отношение к психосоматике очень спорное, и можно встретить как сторонников, так и противников подобных теорий.

Согласно теории новой германской медицины по Хаммеру, в основе проблем со слизистой мочевого пузыря лежит территориальный биологический конфликт – невозможность в переносном смысле пометить свою территорию (посягательство на семью, партнера, дом и т. д.) [17].

Лично мне кажется, что унифицировать психосоматические причины проблем со здоровьем крайне сложно, ведь у каждого человека свое хитросплетение эмоциональных и физических проблем,

своя история и жизненные обстоятельства. При этом одно накладывается на другое. Условно, если взять двух мужчин, переживших развод, то у того из них, кто имеет проблемы с осанкой или травмированный копчик, тазовая боль возникнет с большей вероятностью, чем у другого. В течение жизни мы непрерывно нагружаем свою миофасциальную систему различными деформациями, перераспределяя напряжение. И никто не знает, какая из них станет критичной и проявится в виде заболевания или хронического болевого синдрома.

О физических причинах, приводящих к гипертонусу мышц таза, мы уже говорили, психосоматические остаются пока непознанными.

Основываясь на своих клинических наблюдениях, могу сказать, что очень часто выраженный спазм мышц тазового дна у женщин ассоциирован со смертью родителей или других близких людей, физическим насилием или угрозой насилия, необходимостью быть опорой для семьи и детей, проблемами в отношениях с мужем или сексуальным партнером.

Заметки на полях борьбы с СХТБ

Инна лечится уже два года. У Инны «цистит»: боли внизу живота и рези в уретре. Анализы ничего не показывают. УЗИ, компьютерная томография и МРТ не выявляют никакой патологии. Инна никогда не работала, три года назад у нее умер муж, который раньше ее содержал. Чтобы поднять двух детей, ей пришлось искать работу, не имея ни хорошего образования, ни опыта. «Я чувствую, как я вся напряглась внутри, собралась», – говорит Инна. Работать приходится физически, болит поясница и сломанный когда-то в детстве копчик...

У мужчин, безусловно, лидирует развод с женой или расставание с любимой женщиной, а также проблемы во взаимоотношениях с матерью. Как говорят сами пациенты, «уходя, женщина бьет по самому больному месту – ниже пояса». Но это только самые распространенные и примелькавшиеся варианты, встречаются и другие истории.

Если тазовая боль началась в детском или подростковом возрасте, ее исходная причина всегда психосоматическая.

Работа с психоэмоциональными аспектами тазовой боли – нелегкая задача, независимо от того, как давно присутствует болевой синдром. Она может включать в себя как разговорную психотерапию, так и телесно ориентированные методы. «Заходя через тело», возможно не только откорректировать неправильные с точки зрения биомеханики двигательные стереотипы, но и разблокировать связанные с эмоциями зажимы, сформировавшиеся в течение жизни. Хороших результатов позволяет добиться метод Фельденкрайза, а также мягкие остеопатические техники.

Наше тело удивительно и волшебное. Оно содержит в себе огромный ресурс самовосстановления, нужно лишь помочь ему освободиться от груза психосоматических и биомеханических спазмов и напряжений.

ИСТОРИИ ПАЦИЕНТОВ

Екатерина, 29 лет, журналист

Мама меня не хотела. Три попытки аборта. Три укола, которые должны были прервать беременность, но ничего не получилось. Я родилась, но с целым букетом диагнозов.

Асфиксия, остановка сердца, энцефалопатия – это лишь малый список, с которым мы вышли из роддома, но не думали, что самым мучительным окажется не это.

Все детство мы провели в больницах, и, кажется, я там была чаще, чем дома. Маленький город, суровые 90-е, отсутствие квалифицированных врачей и денег. Когда мне было уже пять, приехали родственники, предложили забрать меня с собой на море, чтобы поднять иммунитет. Мама дала согласие, о котором жалеет по сей день.

Нас было трое: я, тетя и дядя. Тетя часто оставляла меня с дядей, а сама уходила, думая, что я под присмотром. А в это время я не знала, куда бежать, и пряталась за маленькую подушку, чтобы не ощущать взрослых мужских рук на своем теле и противных поцелуев в области половых органов и груди. Дядя меня домогался, приговаривая «какая ты сладкая». Он получал удовольствие, а мне было противно, я замирала от ужаса, сжимала все мышцы и закрывала глаза. Мне хотелось, чтобы все поскорее закончилось.

Домой я вернулась другой. Истощенной, напуганной и с тазовой болью, которую много лет врачи принимали за пиелонефрит.

Вместо поднятого иммунитета мы получили еще одну порцию ада. «Мама, я хочу умереть» – так говорила я, когда мы не спали по три дня из-за адских жжений в области половых органов. Было больно мочиться, сидеть, лежать, стоять, жить.

Мне не становилось легче ни от курса уколов, ни от таблеток. В начальной школе предложили уйти на домашнее обучение, так как я пропускала много занятий. Боль была такой силы, что было невозможно высидеть получасовой урок. А когда стала постарше, врачи и вовсе начали говорить, что я здорова, просто симулирую.

В 2012 году я уехала учиться в Омск, а после – в Екатеринбург. Все это время я искала врачей, сдавала бесконечное количество анализов и надеялась на помощь. А ее не было. Снова чистые анализы. Снова симулирую. В какой-то момент я думала, что схожу с ума.

Интимная жизнь для меня стала тоже тем еще испытанием. Уехать после полового акта на скорой? Легко! Я не могла объяснить партнеру, что со мной, так как сама не понимала происходящего.

В 2020 году я твердо решила, что если не найду помощь, то уйду из этой жизни. В полном отчаянии я записалась в еще одну клинику на цистоскопию. Врач вынес вердикт – лейкоплакия – и направил в областную больницу. Появилась маленькая надежда на то, что причина мучений наконец найдена. Я сразу побежала в областную, и там мне сказали, что это и не цистит, но и лейкоплакия не может давать таких мучений.

После всех обследований меня отправили к Екатерине Сергеевне, которая и стала путеводной звездой в моей истории. Помню, как она трогала мышцы тазового дна, а мне было больно. Именно от нее я и узнала свой диагноз – тазовая боль. Она спрашивала про стрессовые ситуации из детства, про мое моральное состояние, отмечая, что я подавлена. Я

вышла из кабинета с рецептом на антидепрессанты, миорелаксанты и датой госпитализации, чтобы сделать ботокс в мышцы. Но ботокс – это как костыль, который помогает на какое-то время. Нужно было решать вопрос и по-другому. Пока ждала процедуру, впервые в жизни начала принимать антидепрессанты и вскоре ощутила облегчение. Затем мне сделали укол, и я, чтобы окончательно поставить точку в проблеме, пошла к психотерапевту, который, помимо тазовой боли, диагностировал тяжелую депрессию и подтвердил подозрения Екатерины Сергеевны. Я не осознавала, что именно та ситуация с домогательствами из детства стала спусковым крючком для многолетних страданий. Испуг и стресс сидели не только в голове, но и в теле.

Я долго не пускала психотерапевта в свое детство. Мне казалось, что, если я это сделаю, случится что-то страшное. Лишь спустя полгода я во всем призналась и впервые разревелась в кабинете врача. Уже два года я в терапии, год пила антидепрессанты. Мои бессонные ночи остались в прошлом, из жизни ушла не только тазовая боль, которая со мной была 21 год, но и много других плачевных моментов. До 26 лет я не жила, а выживала. Но благодаря Екатерине Сергеевне и психотерапевту я наконец начала жить, дышать полной грудью и быть счастливой.

Боль в ГОЛОВКЕ

Когда болит голова, страдает все тело.

Мигель де Сервантес

С тазовой болью все было бы довольно просто, если бы мозг не усложнял нам задачу, подкидывая совершенно невероятные клинические симптомы, не поддающиеся никаким рациональным объяснениям.

Слышали про фантомные боли, когда руки нет, а она болит?

Удивительно, но факт: мозг может воспроизводить боль даже тогда, когда физического субстрата для нее нет вообще.

С тазовой болью тоже бывает нечто подобное. Нет никакой объективной причины для боли, а БОЛЬ ЕСТЬ, причем мучительная и невыносимая не только для самого пациента, но и для окружающих. Думаете, бред? Мне тоже так казалось, пока на моем пути не встретились два пациента, причем почти одновременно с интервалом в несколько недель. Закон парных случаев в медицине четко работает. Оба мужчины, с одинаковой жалобой на сильную боль в головке полового члена. Обоих попросили проконсультировать коллеги, потому что уже исключили все обычные причины болевого синдрома, но ничего не нашли. Никаких визуальных изменений полового члена, никаких уплотнений, изъязвлений, признаков воспаления. Идеальные анализы, включая мочу, мазки из уретры и секрет простаты. Все прекрасно по данным УЗИ, компьютерной и магнитно-резонансной томографии. Как нередко бывает в подобных случаях, при осмотре у обоих пациентов обнаружился гипертонус мышц тазового дна. Я порадовалась, что причина боли нашлась, и мы начали лечение миофасциального синдрома, которое поначалу имело довольно хороший эффект. А потом все пошло не по плану...

У Макса прошел месяц после ботулинотерапии мышц тазового дна, боль в члене с 9 баллов снизилась до 4–5, триггерные точки понемногу стали уходить. Максиму 23 года, и он кибергонщик. Девушки у него нет, почти все время он проводит на виртуальном гоночном треке. При этом его физическое тело сползает с кресла, руки держатся за виртуальный руль, а одна нога с остервенением жмет на педаль. Однажды после многочасовой гонки он почувствовал резкую боль в половом члене, которая была вызвана спазмом сразу нескольких мышц таза с правой стороны. И хотя сейчас лечение приносило эффект, было очевидно, что продолжать заниматься киберспортом нельзя, иначе справиться с проблемой не получится. Максим говорил, что все понимает, но гонки для него – единственный способ зарабатывать.

Станислава привезла на прием жена. Он почти не спал от боли уже несколько недель, ночью бесконечно вставал в туалет и потом не мог заснуть. Год назад у него заболел ребенок. Врачи сказали, что это рак. К счастью, диагноз не подтвердился, и ребенок поправился. А вот 45-летнего мужчину с этого момента стала преследовать боль в головке полового члена. Он прошел все обследования, но был убежден, что у него есть злокачественная опухоль, которую не удастся

диагностировать. К моменту появления у меня на приеме Станислав уже получал антидепрессанты по рекомендации психиатра, но они никак не влияли на боль. По результатам осмотра данных по нейропатии полового нерва не было, а вот мышцы тазового дна оказались спазмированы. Начатое лечение миорелаксантами отлично сработало, Стас стал спать ночью, боль уменьшилась, но сохранялась и была связана с наполнением мочевого пузыря. На декабрь мы запланировали госпитализацию, чтобы выполнить цистоскопию под наркозом для исключения интерстициального цистита.

Тот декабрь вообще был очень странным. Казалось, что-то витает в атмосфере, и все вокруг сходят с ума, включая меня саму.

В выходные начали приходить сообщения от Максима.

Суббота: «Екатерина Сергеевна, умоляю о помощи. Боль сильная вернулась в головке и всей правой части члена, он теперь как камень».

Воскресенье: «Проснулся ночью от сердцебиения, голову и мышцы лица как будто парализовало. Боль в области головки усилилась в несколько раз».

Вторник: «Пишу на последнем дыхании. Пульс 120 уже третий день подряд. Сонный паралич – когда сплю на спине. Заснуть на 20–30 минут могу только на боку, потом резко просыпаюсь обратно. Не спал уже три дня. Судороги по ногам и в груди».

Среда: «Болят вены полового члена. Вена дорсальная болит и также все правое пещеристое тело, при малейшем прикосновении в трусах или неудобном положении адски начинает резать».

Четверг: «Кровавые синие пятна на члене прямо сейчас есть, вены болят и напряжены (фото прилагается – член выглядит вполне обычно). По левой стороне все безболезненно, по правой невозможно прикоснуться и в правое яичко иррадиируют. Температура 37,1. Озноб. Болят глаза. Не могу заснуть».

Пятница: «Недержание мочи теперь при малейшем болевом синдроме, вытекает помногу в трусы».

В пятницу Максим по моему настоянию посетил психиатра, и на понедельник ему пообещали госпитализацию.

Суббота: «На ноге появилась вена в виде жгута, которая тоже жжет. Смог поспать один час за сутки. Шею как будто парализует, и судороги в груди. Физическая боль в сердце и во всех сосудах».

Воскресенье: «Сухость во рту не проходит. В туалет хожу каждые 40 минут по 30 секунд. Три раза засыпал на 30 минут и каждый раз просыпался от боли в груди и нарушений ритма. У меня теперь боль в 10 раз сильнее ощущается и сердечный ритм не нормализуется. Разве в психиатрии смогут с этим помочь?!»

Понедельник (Макс лег в психиатрическую больницу): «Екатерина Сергеевна, лучше не становится здесь! Под жесткой капельницей проспал три часа всего максимум, правая нога отнимается».

Вторник: «Екатерина Сергеевна, я очень хочу жить. Но боль до сих пор на 9/10 по ноге и члену, и никто не знает, что это такое».

Шла последняя неделя декабря. Сообщения от Максима перестали приходить.

В это же время в отделение на цистоскопию ложился Станислав. Незадолго до госпитализации он решил на всякий случай сдать мазок из уретры. Мазок брала медсестра в лаборатории, и процедура оказалась очень болезненной. Со слов Стаса, резкая боль, которую он почувствовал при взятии мазка, последние семь дней не только сохраняется, но даже усиливается! При этом никаких внешних изменений или выделений из уретры нет, все анализы в норме. Смотрим на УЗИ – не к чему придраться. Однако даже легкое прикосновение к головке полового члена резко болезненно. Боль 9 из 10. Мужчине тяжело стоять, ему кажется, что он теряет сознание.

Озадаченная таким оборотом событий, назначаю «Трамадол» (сильный наркотический анальгетик) – эффекта почти нет! Капельница с противовоспалительными и обезболивающими препаратами – поспал час и снова мечется по палате. «Промедол» (аналог морфина) – вообще ничего не меняется! Не понимаю, что происходит, «Промедол» обезболивает даже схватки в родах. Смотрит шеф, анестезиолог, невролог – все разводят руками.

– Завтра сделаем уретроцистоскопию под наркозом – увидим, есть ли какие-то признаки поражения слизистой, – говорю Стасу, собираясь уходить домой.

– Екатерина Сергеевна, вы понимаете, что завтра не будет? Я не доживу.

– У вас нет никакой причины для такой сильной боли и тем более для того, чтобы умереть.

С опаской смотрю на окно в двухместной палате, где Стас один. У нас четвертый этаж. Вызываем жену. Она остается ночевать. Я с тяжелым чувством еду домой. Следующий день проходит в том же духе. Делаем уретроскопию и цистоскопию – ничего, что могло бы давать такой болевой синдром. Думаю про блокаду полового нерва, однако что-то меня останавливает. Хочу проконсультироваться с психиатром, но он в больнице приходящий и будет только завтра.

Стас умоляюще заглядывает мне в глаза, боль 10 из 10... Жена снова остается. Все измучены. Заведующий спрашивает, откуда я беру таких пациентов. Уходя, назначаю «Феназепам» – сильный психотропный препарат с транквилизирующим действием. Завтра выписка, весь вечер думаю над рекомендациями.

Утром обход с профессором. Заходим в палату. Жены нет, Стас улыбается. Боль полностью прошла! Остался только легкий дискомфорт после процедуры, который он воспринимает совершенно адекватно. Перед нами как будто другой человек. Собирает вещи, извиняется за то, что происходило. А я не могу отделаться от ощущения полного сюрреализма и тихо радуюсь, что декабрь подошел к концу.

Первое января – сообщение от Максима: «С Новым годом вас, Екатерина Сергеевна. Меня отпустили домой на праздники из психиатрической больницы. Боль в члене и ноге полностью прошла. Член стал мягкий в любом положении. Недержание мочи прошло. Я понял, что боль в головке больше имела психогенный характер. Спасибо вам за ваши советы про психиатра. В январе я бы хотел попасть к вам на прием».

Вот что Станислав позже написал о своих ощущениях в тот период

На момент моего критического состояния я не понимал, что боль имеет психогенную составляющую. До госпитализации боль в головке полового члена и в уретре тоже присутствовала, но не была настолько сильной...

Планировалось КУДИ в Екатеринбурге. Я решил на всякий случай сдать мазок из уретры, который по неопытности медсестры принес настолько сильные болевые ощущения, что они не исчезли по прошествии двух дней (обычно к этому времени все неприятные ощущения проходят). Мое состояние ухудшалось с каждым днем.

Частота позывов и боль сохранялись, при этом ожидание очередного похода в туалет вызывало сильное беспокойство: казалось, что и так не проходящая боль в половом члене и уретре станет еще сильнее. Я думал, что при мазке мне повредили (разорвали) уретру. Ожидание процедуры КУДИ добавляло беспокойства. Было страшно, что после нее боль усилится. Все, что раньше приносило хотя бы незначительное облегчение, например теплая ванна, теперь не помогало. Даже самые легкие прикосновения к члену приносили очень неприятные ощущения. Невозможно было даже надеть нижнее белье! Боль стала такой интенсивной, что мне казалось, будто мазок из уретры берут ежесекундно! С каждым днем симптомы усиливались, и я уже ни о чем другом не мог думать, даже ночью не удавалось заснуть. Обезболивающие препараты не приносили облегчения, хотя раньше инъекция Кеторола позволяла задремать хотя бы на 30–40 минут. В таком состоянии я приехал к Екатерине Сергеевне и вместо КУДИ был госпитализирован в Свердловскую областную клиническую больницу № 1.

Врач обнадежила, что после инъекции Трамадола мое состояние улучшится, но чуда не произошло. Не помог и Промедол... Отчаяние и понимание того, что мне уже ничего не поможет, еще с большей силой овладело мной. Я хотел отказаться от цистоскопии, которую назначили для прояснения ситуации, – думал, что будет только хуже. Если даже банальная процедура взятия мазка из уретры вызвала такие болевые ощущения, чего стоило ожидать от цистоскопии?!

Доктор меня убедила, что процедура необходима. Утром ее провели под наркозом, после чего все еще сильнее обострилось. Цистоскопия показала, что есть незначительные изменения в мочевом пузыре, но, как мне объяснили, причиной невыносимой боли это не могло быть. С уретрой все было в порядке.

А потом... мне назначили Феназепам... Всего 2,5 мг этого препарата и болевой синдром исчез! Совсем! Оставались болевые ощущения после цистоскопии, но по

сравнению с теми, что я испытывал последние несколько дней, они были незначительны.

Оглядываясь назад, я понимаю, что та боль была необычной – сильной, постоянной, сопровождалась невероятным нервным напряжением, тревогой, значительно усилилась в ожидании процедуры цистоскопии. Она не имела четкой локации, казалось, что болит в уретре и кончике полового члена, но при мочеиспускании боли в этом месте не было. Вспоминаю все это как кошмарный сон.

Сейчас я продолжаю принимать психотропные препараты, чувствую себя гораздо лучше и не испытываю боли. Очень благодарен Екатерине Сергеевне за ее терпение, за чуткое, грамотное и добросовестное отношение к пациентам.

Центральная сенситизация

Если вы в чем-то уверены – знайте, это не так.

Ида Рольф

Практически все пациенты с тазовой болью имеют очень высокий уровень тревожности и в той или иной степени страдают депрессией. «В этом нет ничего удивительного, – скажете вы, – ведь сложно радоваться жизни, постоянно испытывая боль в теле». И будете совершенно правы. Болезнь отнимает у человека время, силы, средства и возможности – во всех смыслах.

Боль и депрессия как сестры-близнецы, которые гуляют вместе в похожей одежде, трудно отличимые друг от друга.

Хроническая боль ведет к депрессии, но и депрессия может носить соматизированный характер, вызывая настоящую боль в теле.

Оба процесса сопровождаются сходными нейрогуморальными реакциями с усиленной продукцией медиаторов воспаления в центральной и периферической нервной системе.

В механизме восприятия, формирования и осознания болевых ощущений принимает участие целый комплекс структур в спинном и головном мозге. Хроническая, изнуряющая, длительно присутствующая боль вызывает специфические изменения в этих структурах на тканевом, клеточном и биохимическом уровне. Нейроны, входящие в состав «центров обработки болевых импульсов», перевозбуждаются и начинают неадекватно воспринимать сигналы, поступающие от периферических рецепторов. Этот процесс называется центральной сенситизацией. Ее характерным признаком является аллодиния – когда мозг даже обычное прикосновение расценивает как болезненное. Вариантами аллодинии при СХТБ являются клитородиния и вульводиния (гиперчувствительность клитора и вульвы) у женщин, скротодиния и пенидиния (гиперчувствительность мошонки и полового члена) у мужчин. Такие симптомы делают болезненным или невозможным половой акт, крайне неприятным ношение тугого белья или одежды. При выраженном болевом синдроме аллодиния может распространяться и за пределы тазовой области. Мужчинам, например, становится больно брить лицо. Пациенты могут испытывать дискомфорт от прикосновений к любым частям тела, не могут спать под одеялом, избегают тактильных контактов.

При центральной сенситизации включается каскад нейрогуморальных реакций системной продукции провоспалительных веществ (цитокинов и хемокинов): интерлейкина-1 β , простагландина E₂ (PGE₂), рецепторных белков, ферментов оксидантного стресса, протеинкиназ, факторов транскрипции, фактора роста нервов и других. Все эти молекулы усиливают восприятие болевых стимулов. Наблюдается снижение экспрессии клетками опиоидных рецепторов, рецепторов ГАМК и каннабиноидов, отвечающих за противоболевые механизмы.

В настоящее время понятие «центральная сенситизация» рассматривается не просто как один из механизмов хронической боли, но имеет и более широкое значение. В 2000 году профессор М. Б. Юнус (М. В. Yunus) использовал новый термин «синдромы центральной сенситизации» (Central Sensitivity Syndromes – CSS) для того, чтобы классифицировать целую группу патологических состояний, имеющих общие механизмы развития [18]. И конечно же, в эту группу как отдельная форма попала хроническая тазовая боль. А вместе с ней еще

целый ряд заболеваний, часто сопутствующих друг другу: фибромиалгия, синдром раздраженного кишечника, синдром хронической усталости, синдром раздраженной гортани, миофасциальный болевой синдром, головная боль напряжения, мигрень, синдром беспокойных ног, дисфункция височно-нижнечелюстного сустава, непереносимость ортостатической нагрузки, синдром некардиогенной боли в грудной клетке (синдром Костена), женский уретральный болевой синдром, первичная дисменорея, интерстициальный цистит, посттравматическое стрессовое расстройство, функциональная боль в животе, а также некоторые виды хронической боли в спине.

Хотя современная наука значительно продвинулась в изучении молекулярных и нейрофизиологических механизмов центральной сенситизации, причины ее возникновения остаются до конца неизвестными. К провоцирующим факторам относят генетическую предрасположенность, инфекции, воспаление, нарушение сна, стресс и депрессию, внешние воздействия, дисфункцию вегетативной нервной системы.

Депрессия и тревожность являются важнейшим элементом развития хронической боли.

И то и другое сопровождается дисбалансом нейромедиаторов в центральной нервной системе, в частности, серотонина, норадреналина и дофамина.

Неслучайно антидепрессанты и другие психотропные препараты успешно используются в лечении хронической боли, так как одновременно действуют на механизмы развития и боли, и депрессии, размыкая порочный круг, в котором одна запускает другую.

Часто суеверный страх перед антидепрессантами и другими психотропными препаратами мешает пациентам с тазовой болью получать адекватное лечение, в то время как эффективность данных препаратов в лечении СХТБ не только подтверждена на практике, но и научно обоснована.

Именно антидепрессант, нейролептик или транквилизатор может оказаться той самой волшебной таблеткой, которую все так жаждут найти. Правильно подобранная специалистом-психиатром терапия позволяет снять остроту симптомов и начать путь к выздоровлению.

Путь к себе

Дорогу осилит идущий.

Хорошо ли вы к себе относитесь? Понимаете ли вы себя? Чувствуете ли вы по-настоящему свое тело?

Как вы сейчас сидите? Напряжены вы или расслаблены? Дышите полной грудью или поверхностно?

Когда последний раз вы предпринимали что-нибудь, чтобы отдохнуть и расслабиться?

Бывает ли в вашей голове тихо, а на душе спокойно?

Задумайтесь о том, что все стрессы, которые вы пережили в течение жизни, скорее всего, остались в вашем теле в виде спазмов и напряжений, а может быть, уже привели к конкретным заболеваниям.

Даже если отбросить все психосоматические теории и опираться только на физические факторы, мы тоже в большинстве своем не лучшие владельцы для своего тела. Позвоночник вовсе не благодарен нам за постоянное сидение у компьютера, шея – за голову, наклоненную к экрану смартфона, артерии – за неправильное питание, все мышцы – за отсутствие движения.

Травмы, случайные или спортивные, шрамы, рубцы, операции, неадекватная физическая нагрузка – все это меняет структуру миофасции и становится причиной дисбаланса в нашем организме.

Если вы думаете, что тазовая боль взялась внезапно и ниоткуда, вы совершенно точно ошибаетесь. Тело обладает потрясающими компенсаторными возможностями и тихо борется, пока это возможно. Боль – это его крик о помощи, возникающий тогда, когда оно самостоятельно не справляется.

СХТБ – повод задуматься о том, что привело ваше тело к спазму и напряжению в области таза. Правильно выявленные причины – залог успешного лечения и полного восстановления. Возвращаясь к себе, вы уходите прочь от тазовой боли.

Этот путь не бывает легким и по времени занимает от нескольких месяцев до нескольких лет упорной работы. На самом деле мало кто готов ежедневно работать над собой, чтобы измениться и достичь

результата. Гораздо легче, оказывается, бесконечно перебирать специалистов, сдавать анализы, проходить обследования, искать информацию в интернете и зависать на форумах. Конечно, очень хочется найти врача, который вылечит быстро, недорого, не больно и, главное, без усилий со стороны пациента. Но, к сожалению, волшебными палочками учат пользоваться в Хогвардсе, а не в медицинских вузах. Я сама не отказалась бы пройти там какое-нибудь повышение квалификации.

Действительно, бывают такие болезни, с которыми справиться относительно просто. Урология – хирургическая специальность, в ней есть операции, которые быстро и эффективно решают проблемы. Например, женщина с тяжелым стрессовым недержанием мочи с высокой вероятностью будет счастливая и сухая на следующий день после операции. Мужчина, которому убрали большую аденому, сразу после удаления катетера вспомнит, что можно мочиться так, чтобы унитаз звенел. В лечении тазовой боли таких чудес, к сожалению, не бывает.

Задача докторов, работающих с СХТБ, даже если они самые лучшие, не исцелить, а правильно поставить диагноз, снять остроту симптомов и составить алгоритм реабилитации, который станет опорой на пути к выздоровлению.

Врач не будет за вас дышать полной грудью, ходить прямо и держать расслабленным тазовое дно. Он не сделает вашу жизнь свободной от стресса, не залечит душевные раны и не решит семейные проблемы.

Зато все это можете сделать вы сами! Потому что это тело – ваше! И оно заслуживает вашей любви и вашего времени, потраченного на восстановление. Переложить ответственность на кого-то другого не получится.

Следующая часть этой книги посвящена инструментам, которые можно и нужно взять на вооружение в борьбе с СХТБ. По отдельности они могут не приносить быстро ощутимых результатов, но, используемые в комплексном лечении, дают длительный и стойкий эффект, постепенно возвращая вас к здоровой жизни.

Часть II

Как победить боль



Глава 7

Мифы про тазовое дно

*Иногда самое лучшее высказывание – молчание,
а самый лучший для себя совет – свой.*

Артур Голден. Мемуары гейши

Тема дисфункции тазового дна становится с каждым годом все более и более популярной, особенно на просторах интернета. Многочисленные коучи предлагают свои авторские курсы по тренировке и укреплению мышц таза. Специалисты по вумбилдингу обещают женщинам грандиозные успехи в постели, блогеры учат мужчин делать упражнения Кегеля, суля безотказную эрекцию и марафонские достижения в сексе. В связи с такой неумеренной активностью псевдоспециалистов представления о работе с мышцами тазового дна обросли целым рядом мифов и суеверий. Самым опасным, пожалуй, является представление о том, что все проблемы связаны со слабостью мышц тазового дна и их обязательно нужно укреплять и накачивать. В своей практике я не раз встречала женщин, у которых тазовая боль началась с чрезмерно активных упражнений Кегеля, в том числе с использованием электростимуляторов или каких-либо приспособлений. Действительно, ослабление связок и мышц тазового дна, которое происходит у женщин с возрастом, приводит к таким неприятным симптомам, как недержание мочи при напряжении, опущение матки и стенок влагалища. Однако гипертонус мышц тазового дна является не менее, если не более распространенной проблемой и сопровождается массой проявлений, которым, собственно, и посвящена эта книга. Если ослабление мышц этой зоны больше свойственно женщинам, то спазм одинаково часто встречается у представителей обоих полов, причем независимо от возраста.

Важно даже не столько тонус, сколько дисфункция мышц – отсутствие полноценного расслабления и адекватного сокращения.

Нужно понимать, что слабые мышцы тазового дна могут одновременно быть и спазмированными.

Представьте, что вы «перекачали» какую-то из скелетных мышц в тренажерном зале. Разве она будет после этого нормально работать? Нет, амплитуда движения «забитой» мышцы уменьшится, она станет ригидной и не сможет развивать достаточное усилие при движении.

Спазм части мышечных волокон также может создавать впечатление, что мышца ослаблена, так как остальные волокна как будто провисают. Наглядно это показано на рисунке 24, изображающем веревки, натянутые между двумя стульями.

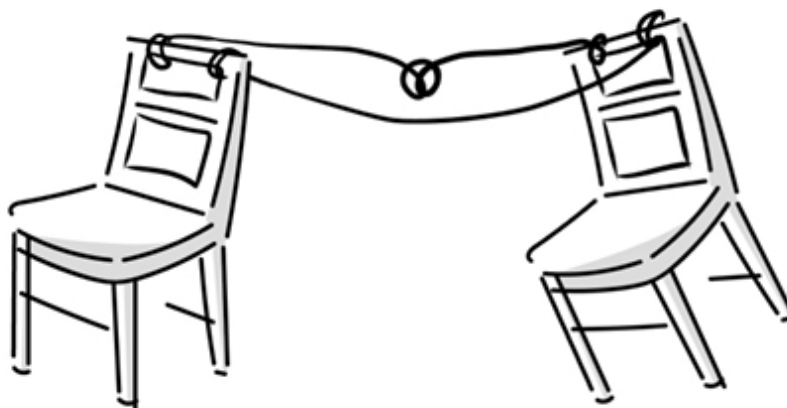


Рис. 24. Почему мышца может быть слабой и спазмированной одновременно

Таким образом, прежде чем заниматься укреплением мышц, нужно убедиться, что их волокна не спазмированы, иначе упражнения принесут вред, а не пользу.

Кроме того, упражнения на сокращение промежности (упражнения Кегеля) оказываются неэффективны, если выполняются изолированно, без синхронизации с дыханием, без работы с диафрагмой, с осанкой и телом в целом. Мышцы тазового дна часто упрощенно представляют в виде гамака, подвешенного к костям таза. Однако тазовое дно не существует изолированно, оно находится в тесной структурной и функциональной взаимосвязи с другими мышцами и фасциями, поэтому и работа с ним невозможна без целостного подхода к телу.

Как правило, гинекологи и урологи рекомендуют пациентам делать упражнения Кегеля или тренировать мышцы таза, не вдаваясь в подробности, зачастую просто не имея времени ни на тестирование состояния мышц, ни на долгие объяснения. К счастью, с каждым годом

становится больше специалистов, занимающихся реабилитацией тазового дна с использованием физиологически и анатомически грамотных подходов. Это и врачи-гинекологи, и кинезиологи, и фитнес-тренеры. При желании можно найти такого специалиста очно либо онлайн, в формате индивидуальных занятий, видеокурсов или даже марафонов. Своим пациентам я всегда рекомендую при первом общении с тренером проговаривать проблему гипертонуса тазового дна и связанных с этим симптомов. Если тренер предлагает просто сокращать или втягивать мышцы промежности без синхронизации с дыханием, без релаксации, без работы с другими мышцами кора, с ним лучше сразу попрощаться и искать другого.

Еще один распространенный вредный совет – прерывание струи мочи при мочеиспускании с целью укрепления мышц тазового дна и, в частности, сфинктера мочевого пузыря. Конечно, можно разово попробовать прервать струю мочи, чтобы почувствовать сокращение сфинктера и мышц тазовой диафрагмы. Однако делать это регулярно в качестве упражнения не стоит. Опорожнение мочевого пузыря – сложный процесс, регулируемый на различных уровнях нервной системы, и «сбивать пузырь с толку» не нужно, это чревато формированием затрудненного мочеиспускания.

Глава 8

Выдыхайте

Чтобы вдохнуть полной грудью, надо хорошенько выдохнуть.

Дмитрий Лихачев. Письма о добром и прекрасном

Дыхание – это жизнь. В легких кровь обогащается кислородом и отдает углекислый газ, что создает основу для жизнедеятельности всех наших клеток.

За сутки человек совершает около 23 000 дыхательных движений. С дыханием неразрывно связано также голосообразование, ведь мы произносим звуки на выдохе.

Заполнение легких воздухом происходит за счет создания в грудной полости отрицательного давления. Ребра расширяются, диафрагма сокращается и движется вниз. Если дыхание глубокое и диафрагма полноценно в нем участвует, передняя брюшная стенка смещается вперед, живот на вдохе увеличивается.

Ритм дыхания регулируется вегетативной нервной системой. В состоянии покоя, когда активна парасимпатическая нервная система, мы дышим спокойно и глубоко. При стрессе под воздействием симпатической нервной системы дыхание становится частым и поверхностным. Эмоционально такое дыхание ассоциировано со страхом и тревогой.

Глубокий выдох сопровождается успокоением и расслаблением всего тела. Постоянно живя в условиях стресса, мы «забываем выдыхать», дышим поверхностно, как бы замирая и стараясь стать незаметными.

А как часто мы подавляем такое естественное проявление процесса дыхания, как крик!

Крик – это глубокий форсированный выдох, где звук возникает из-за напряжения голосовых связок.

Когда мы случайно наступаем собаке на лапу, то мгновенно слышим громкий и резкий визг, который помогает животному сбросить напряжение. Это естественная физиологическая реакция, свойственная и нам, людям. Но поскольку в обществе принято считать, что кричать неприлично, то в ситуации испуга или боли мы рефлекторно глубоко вдыхаем, но не выдыхаем, чтобы избежать крика, что ведет к перенапряжению организма.

Точно так же мы привыкли подавлять рыдания. Рыдания – это тоже процесс дыхания, это почти крик. Мы все видели, как рыдают маленькие дети. Они напрягаются, набирают полную грудь воздуха и залпом выпускают из себя воздух, крик и слезы. Ребенок рыдает, когда ему плохо. Часто он сам не знает почему, чего хочет, или не может это объяснить взрослым – ему просто плохо – и поэтому он безутешно рыдает. Затем он успокаивается, расслабляется, часто даже засыпает. Таким образом, восстанавливается внутреннее равновесие организма.

Стиснутые зубы также препятствуют дыханию, а зубы человек сжимает, когда подавляет агрессию.

Неудивительно, что участвующая в дыхании мускулатура, диафрагма, тазовое дно, межреберные мышцы подвержены психосоматическим реакциям и очень часто оказываются спазмированными. Неправильная осанка усиливает эту проблему, также не давая диафрагме свободно двигаться.

Это может показаться странным, но структурно и функционально с грудобрюшной диафрагмой, разделяющей грудную и брюшную полость, непосредственно связана диафрагма таза, то есть интересующее нас тазовое дно (рис. 25).

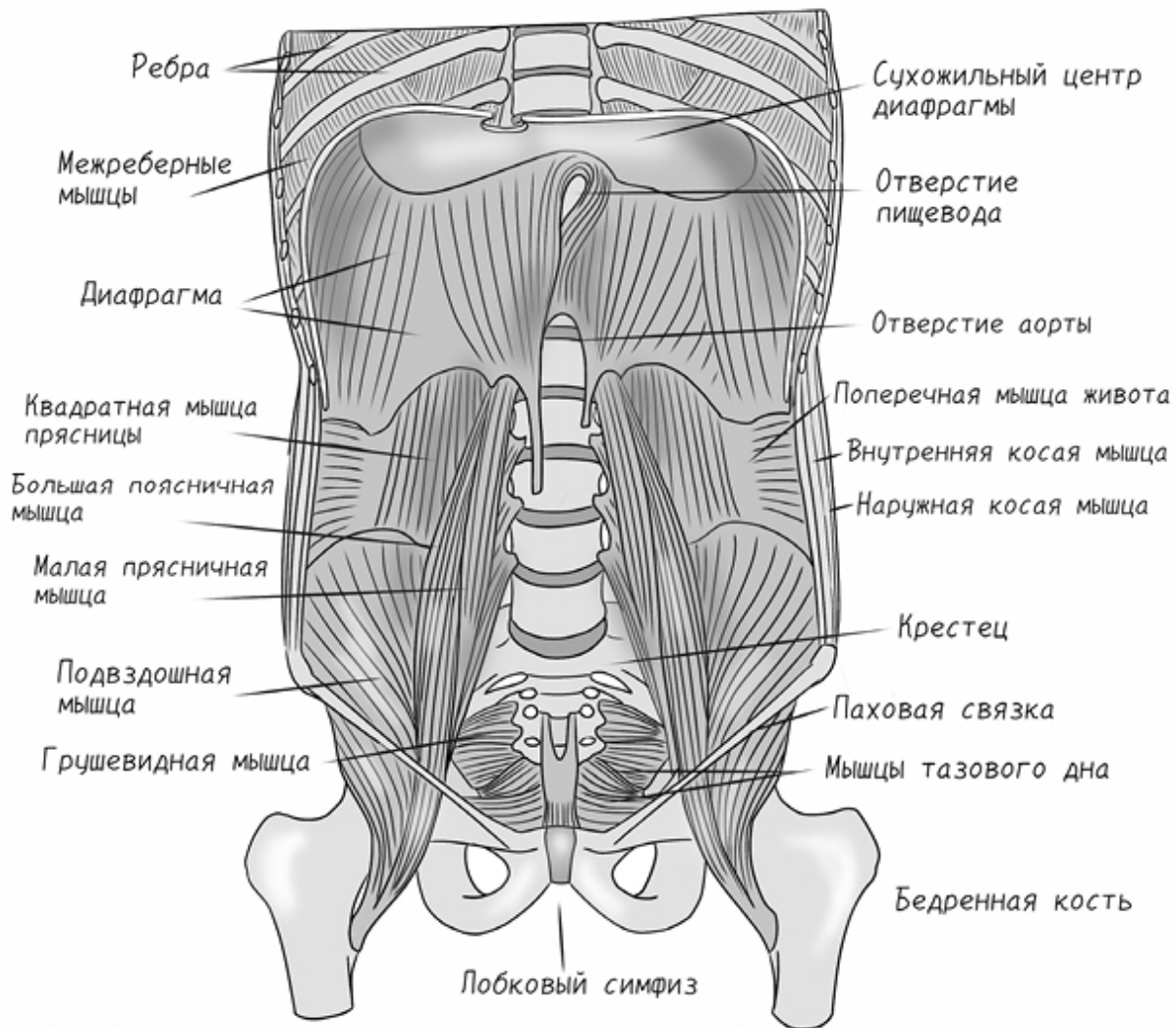


Рис. 25. Мышцы, формирующие полость живота и участвующие в дыхании

Мышцы тазового дна должны участвовать в дыхательных движениях. На вдохе, когда диафрагма опускается вниз, живот надувается и давление в брюшной полости повышается, мышцы промежности смещаются вниз и расслабляются (рис. 26).

Если человек постоянно напряжен и дышит поверхностно, тазовое дно не вовлекается в дыхательные движения и остается неподвижным, хотя могло бы успеть расслабиться 23 000 раз за сутки!

Попробуйте протестировать, как вы дышите, сначала положив одну руку на живот, а другую – на грудь, а затем обе руки справа и слева на нижние ребра. В норме плечи, живот и нижние ребра

участвуют в дыхании. Если этого не происходит, вам нужно расслабить диафрагму и межреберные мышцы и обязательно заняться дыхательной гимнастикой.

С релаксацией диафрагмы и других мышц поможет остеопат или кинезиолог, а дыхательные упражнения вы легко можете делать самостоятельно.

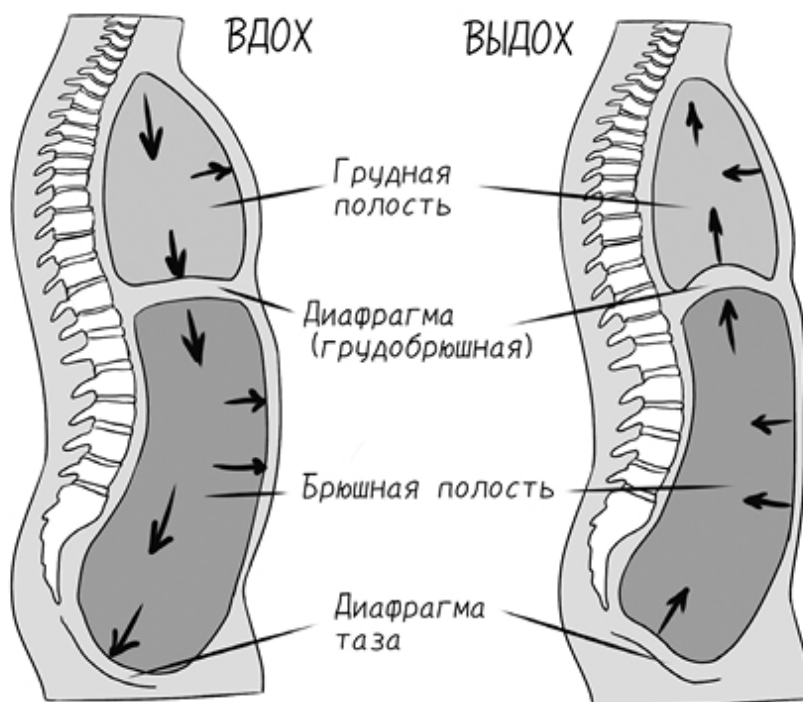


Рис. 26. Механизм совместной работы грудобрюшной диафрагмы и диафрагмы таза

Глубокое диафрагмальное, или абдоминальное, дыхание вовлекает в работу нижние ребра, диафрагму и живот. И, что очень важно, активизирует блуждающий нерв – основной парасимпатический нерв в нашем организме.

Делая глубокий вдох и полноценный выдох, мы успокаиваемся и приходим в состояние внутреннего равновесия.

Чтобы сделать полноценный выдох, попробуйте в процессе его пожужжать, как пчела, до последнего выпустив весь воздух из легких.

Очень хорошо успокаивает и уравнивает нервную систему так называемое квадратное дыхание: на четыре счета глубокий вдох, на четыре счета задерживаем дыхание на вдохе, на четыре счета выдох и на четыре счета задерживаем дыхание на выдохе. Повторить желательно не менее 6–8 раз.

Практикуйте глубокое абдоминальное дыхание ежедневно – ваше тело к нему привыкнет и изменит дыхательный стереотип.

Выдыхайте, тазовая боль лечится! Вдыхайте полной грудью, эта жизнь прекрасна!

Глава 9

Обратный Кегель

Во всем хорошем есть плохое, и наоборот.

Вера Камша

Американский гинеколог Арнольд Кегель в середине XX века разработал и внедрил в практику упражнения, направленные на тренировку мышц тазового дна, чем и увековечил свое имя в истории. В 1947 году он также запатентовал тренажер «промежностометр» или «перинеометр Кегеля», с помощью которого можно было измерять силу мышц промежности. Упражнения Кегеля были адресованы женщинам, страдающим от недержания мочи при напряжении, опущения тазового дна и органов малого таза.

Как мы уже говорили, проблема слабости мышц тазового дна часто сочетается с наличием спазма и триггерных точек, и прежде чем тренировать мышцы, их нужно обязательно расслабить.

Упражнения на расслабление тазового дна называют «обратным Кегелем». Чтобы добиться полноценной релаксации, нужно правильно синхронизировать их с дыханием, кстати, как и, собственно, сами упражнения Кегеля.

Дышим глубоким диафрагмальным (абдоминальным) дыханием. На вдохе: нижние ребра расширяются, живот приподнимается, мышцы тазового дна расслабляются, двигаясь вниз. На выдохе: живот и грудная клетка спадают, тазовое дно двигается вверх, его тонус повышается (рис. 26).

Для того чтобы убедиться в правильности упражнений, можно взять зеркало и сесть перед ним с разведенными ногами так, чтобы были видны промежность и анус. На вдохе анус должен расслабляться, а промежность – немного приближаться к зеркалу, на выдохе анус – чуть сжиматься, промежность – удаляться от зеркала.

Женщины также могут ввести два смазанных лубрикантом пальца во влагалище и подышать, отслеживая, как на выдохе влагалище охватывает пальцы, а на вдохе удаляется от них.

Очень помогает правильно выполнять упражнения использование визуальных образов. Если вы женщина, вдыхая, представьте, будто в промежности раскрывается бутон цветка или ваши трусики падают вниз. Если мужчина – почувствуйте, как яички тяжелеют и тянут вниз или как будто вы выдыхаете воздух вниз, в мошонку.

Делать дыхательные упражнения вы можете в любое время дня незаметно для окружающих.

Не позволяйте мышцам тазового дна оставаться неподвижными в течение всего рабочего дня, найдите минутку, чтобы подышать промежностью. Поверьте, она будет вам за это благодарна.

Если есть возможность, абдоминальное дыхание и обратный Кегель очень хорошо практиковать, лежа в позе счастливого ребенка (рис. 27), лежа с разведенными и согнутыми в коленях ногами или сидя на корточках в позе ворона, или какасана (рис. 28).



Рис. 27. Поза счастливого ребенка



Рис. 28. Поза ворона (какасана)

Только когда вы будете уверены, что добились релаксации мышц и избавились от боли, можно ввести в тренировку сами упражнения Кегеля, более интенсивно сжимая тазовое дно на выдохе. Можно сделать один подход, включающий от 10 до 20 медленных сокращений по 10 секунд, чередуя их с расслаблением в течение 10–20 секунд. Затем отдохнуть 1–2 минуты, просто подышав абдоминальным дыханием, и сделать подход из 10–20 сокращений продолжительностью 1–2 секунды и таким же коротким интервалом. Повторяйте от трех до пяти раз в день. Также проверьте правильность выполнения упражнения с помощью зеркала или пальцев, введенных во влагалище. Если упражнения Кегеля привели к обострению боли, оставьте их и вернитесь к обратному Кегелю.

Глава 10

Трогательная терапия

Там, где не помогали слова, помогало простое человеческое прикосновение.

Джеймс Роллинс

Изучите свое тело. Не стесняйтесь потрогать свою промежность и мышцы тазового дна на предмет болезненных точек.

Возьмите зеркало. Устройтесь удобно, так, чтобы вам была видна промежность. Потрогайте живот, зону паховых складок, лобка, половых органов, собственно промежность (область между мошонкой и анусом у мужчин и анусом и влагалищем у женщин), анус, копчик, крестец, бедра и ягодицы. При обнаружении болезненных участков отметьте их на схеме.

Женщинам стоит отдельно уделить внимание большим и малым половым губам, клитору, области наружного отверстия уретры. Мужчинам важно потрогать яички, придатки, половой член от основания до головки. Поскольку мышцы тазового дна мало доступны при наружной пальпации, самообследование нужно продолжить через влагалище и/или прямую кишку, надев перчатку и смазав указательный палец лубрикантом (рис. 21). Не бойтесь, одним пальцем вы не нанесете себе никаких повреждений. Внутреннюю пальпацию иногда удобнее проводить в положении лежа на боку с приведенными ногами.

Для женщин: введите палец на глубину одной фаланги (1–1,5 см) и потрогайте вход во влагалище, растягивая его вправо и влево, оцените эластичность и болезненность. Потрогайте переднюю стенку влагалища, двигаясь вниз от клитора и глубже, подныривая под лоно. Здесь располагаются уретра и шейка мочевого пузыря, вы можете ощутить позыв к мочеиспусканию. Введите палец на полную глубину, надавливая на стенки влагалища и изменяя угол наклона пальца, прощупайте все доступные участки стенок таза. Для удобства меняйте пальцы и руки. Можно также провести пальпацию через прямую кишку, особенно если беспокоит болезненность самого анального

сфинктера или зоны около ануса. Отметьте на схеме болезненные внутренние точки.

Для мужчин: введите указательный палец в анус на глубину одной фаланги, ощутите сжимающее кольцо анального сфинктера и потрогайте его на предмет болезненности. Постепенно вводите палец глубже, сгибая его внутри и надавливая на мышцы тазового дна циркулярно. Отметьте на схеме болезненные точки.

Безусловно, полноценно прощупать мышцы таза может только врач, так как, даже имея балетную гибкость и очень длинные пальцы, дотянуться до всех мышц самостоятельно невозможно. В то же время самостоятельная пальпация иногда более объективна, поскольку исключает страх и смущение перед доктором. Кроме того, очень полезно иметь четкое представление о том, где именно у вас болит и насколько в данный период активны триггерные точки.

Надавливание на триггерные точки приводит к их расслаблению.

Мышцы и фасции любят прикосновения. Телу нравится, когда о нем помнят. Мозг, фиксируя новые ощущения, исходящие от «проблемного» участка, как бы «редактирует карту тела», запоминая эту область как безопасную и хорошо контролируемую.

Можно не только исследовать мышцы промежности с диагностической целью, но и специально массировать их, планомерно работая с каждой триггерной точкой. В США и Европе есть отдельные специалисты – «физиотерапевты тазового дна», занимающиеся мануальной терапией миофасциального синдрома с использованием как наружных, так и внутренних техник, то есть массируя через влагалище или прямую кишку. Постепенно и в нашей стране приобретают распространение подобные техники.

Мануальная терапия тазового дна, особенно в профессиональном исполнении, – один из самых эффективных методов лечения и реабилитации.

Техника массажа мышцы, поднимающей задний проход, для пациентов с болью в копчике (кокцигодинией) была предложена в 1937 году американским проктологом Джорджем Тиеле (G. Thiele). Он рекомендовал проводить массаж по ходу мышечных волокон от начала до места их прикрепления, выполняя по 10–15 массажных движений с

каждой стороны, прилагая максимальные усилия, которые может выдержать больной, преодолевая умеренную болезненность [19]. Массирующие движения необходимо повторить 10–15 раз с каждой стороны. Курс лечения составлял 5–6 ежедневных процедур.

Хотя массаж мышц тазового дна через прямую кишку до сих пор носит название массажа Тиеле, варианты его выполнения могут существенно отличаться в зависимости от навыков и предпочтений конкретных специалистов.

В нашей клинике мы отказались от классического массажа Тиеле в связи с его чрезмерной болезненностью и отдаем предпочтение мягким мануальным техникам. Как показал опыт, применяемые с интервалом в 7–10 дней мягкие миофасциальные и остеопатические техники оказываются более эффективны в работе с СХТБ, чем агрессивный массаж коротким курсом в ежедневном режиме. Внутренняя пальпация в любом случае сопряжена с некоторым физическим и моральным дискомфортом.

Инициаторами работы с триггерными точками в тазовом дне стали Дэвид Уайз и Родни Андерсон [1]. Именно они не только привлекли внимание медицинской общественности к проблеме миофасциального синдрома тазового дна как основной причине СХТБ, но и предложили методику самомассажа триггерных точек с использованием специальной массажной палочки – pelvic wand (рис. 29).

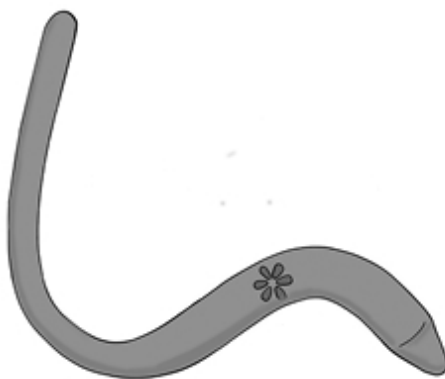


Рис. 29. Массажная палочка pelvic wand

Палочка имеет S-образную форму и, становясь продолжением руки пациента, позволяет дотянуться до недоступных пальцу зон.

Использование массажной палочки – прекрасная возможность самостоятельно находить и «ликвидировать» триггерные точки в

мышцах. Не забывайте использовать лубрикант и выбирайте тот режим массажа, который вам комфортен. Для достижения эффекта достаточно использовать палочку несколько раз в неделю по пять минут. Воздействие на триггер должно быть умеренно болезненным (на 4–5 баллов по 10-балльной шкале) и достаточно продолжительным – до ощущения расслабления и «таяния» точки.

Будет здорово, если вы сможете привлечь к процедуре мужа или жену. Использовать палочку в таком случае не нужно, так как, массируя кого-то палочкой, ощутить наличие уплотнения или зоны спазма в мышце и определить нужную степень давления невозможно. Есть риск травмировать слизистую. Лучше делать массаж руками.

Помните, что массаж может вызвать обострение симптомов. Если ваше состояние ухудшилось, сделайте перерыв и дайте себе время на восстановление, не выполняя никаких упражнений, кроме абдоминального дыхания и обратного Кегеля.

При гиперчувствительности области половых органов, вульводинии или пенидинии массировать болезненные точки можно с использованием мази с лидокаином. Ежедневное нанесение мази с анестетиком в течение месяца и более может стать самостоятельным лечебным мероприятием, даже без массажа убирающим повышенную поверхностную чувствительность.

Прежде чем использовать обезболивающие кремы/мази или делать внутренний массаж мышц, обязательно проконсультируйтесь с вашим лечащим врачом для исключения противопоказаний.

Еще одним хорошим приемом самомассажа является прокатывание кожного валика в различных направлениях от пупка до середины бедра по всем поверхностям: животу, спине, бедрам, ягодицам – насколько можно дотянуться. Если у вас есть послеоперационные, ожоговые или другие рубцы в области таза, при массаже уделяйте им особое внимание, аккуратно растягивая и высвобождая ткани из зоны рубца.

Как вы уже знаете, в нашем теле все связано со всем, поэтому, даже если вам не удалось найти специалиста, мануально работающего непосредственно с тазовым дном, имеет смысл обратиться к остеопату или массажисту, использующему мягкие мануальные техники. Общая

работа с телом – необходимое условие для восстановления баланса мышечно-фасциальной системы.

Остеопатия на сегодняшний день является официальным направлением медицины в России. Врач-остеопат, основываясь на знаниях о структуре и функциях всеобъемлющей фасциальной сети организма и имея очень высокую чувствительность в руках, может выявлять и убирать напряжение в тканях, тем самым направляя организм на путь саморегуляции и восстановления. Остеопатия позволяет устранять последствия травм и эмоциональных стрессов.

Многое зависит от конкретного специалиста и используемых техник, а также от того, насколько перенапряжена или разбалансирована фасциальная система, поэтому, если вы не почувствовали никаких изменений, несколько раз посетив остеопата, не расстраивайтесь – попробуйте обратиться к другому доктору. Как и любая физическая терапия, остеопатия может вызывать ухудшение или обострение симптомов, но это в любом случае максимально мягкое и нетравматичное воздействие.

Многие массажисты также успешно применяют в своей работе остеопатические техники и приемы миофасциального расслабления. Скорее всего, квалифицированный специалист находится недалеко от вас, нужно лишь начать искать. Даже обычный классический массаж будет полезен телу, которое испытывает потребность в прикосновении и страдает от боли. Единственное, чего я бы посоветовала избегать, – это жесткая мануальная терапия, сопровождающаяся резкими движениями, всяческими вправлениями и хрустом в теле.

Глава 11

Тепло в душе

Когда в сердце ледовитый океан, то ищешь теплоты.

Роман Подзоров

Мышцы любят тепло. В тепле расширяются кровеносные сосуды и кровоснабжение тканей улучшается, спазмированные мышечные волокна расслабляются, триггерные точки становятся неактивными.

Если вы интуитивно стремитесь погреться, когда испытываете боль, и вам становится лучше, скорее всего, болевой синдром обусловлен мышечным спазмом. Пусть тепло приносит лишь временное облегчение, все равно нужно активно использовать возможность хотя бы немного расслабиться.

Если водные процедуры доставляют вам удовольствие, возьмите за правило ежедневно вечером принимать теплую ванну или душ (рис. 30).

Лежа в ванной, можно массировать промежность рукой или струей воды. Используйте соль для ванн, эфирные масла или хвойный концентрат, чтобы усилить расслабляющий эффект.

Горячая парилка или сауна способны негативно влиять на ощущения, видимо, из-за того, что такое тепло менее комфортно для тела, а также из-за большого контраста температур. Лучше переносится хаммам (баня с влажным паром), где есть возможность посидеть или полежать на теплых каменных поверхностях.

Можно использовать также сухое тепло: электрическую или соляную грелку, пластиковую бутылку с теплой водой между ногами.



Рис. 30. Расслабьтесь в теплой ванне

Помните, что при наличии инфекционно-воспалительного процесса – обострении бактериального цистита или простатита, греться нельзя.

Также тепловые процедуры противопоказаны женщинам во время менструации.

Мужчинам не стоит греть промежность, если в ближайшие месяцы планируется беременность, так как тепло плохо влияет на сперматозоиды. Неслучайно яички вынесены из брюшной полости в мошонку, где температура на несколько градусов ниже.

Тепловые процедуры не только физически облегчают боль, но и помогают в целом расслабиться. Общее напряжение в теле является существенным фактором, поддерживающим миофасциальный спазм в области таза.

При этом, как бы вам ни было тепло физически, если в душе холодно, тело останется напряженным.

Глава 12

Общая релаксация

Теперь не говорят «напился», мама, говорят – «расслабился». Так вот, я расслабился...

Анна Гавальда

Успокоиться и снять напряжение в теле помогают специальные техники релаксации. С одной из них – квадратным дыханием – вы уже знакомы. Вот еще несколько методов.

Аутогенная тренировка была придумана в начале XX века немецким врачом И. Г. Шульцем с целью успокоения, снятия психологического напряжения и физической усталости. Нужно лечь на ровную поверхность и включить аудио– или видеозапись, содержащую в основе примерно такой текст:

«Вы ощущаете тяжесть в области кистей рук и ступней. Ваши конечности тяжелеют, тянут вас к земле.

Вы ощущаете тепло в области кистей рук и ступней. Вам тепло и спокойно.

Вы ощущаете тепло в области сердца. Сердце бьется ровно. Вам тепло и спокойно.

Ваше дыхание ровное, спокойное, легкое. Вам тепло и спокойно.

Вы чувствуете тепло в области солнечного сплетения. Вам тепло и спокойно.

В области лба вы чувствуете легкую прохладу. Вам очень спокойно».

По мере выполнения аутогенной тренировки человек все больше расслабляется и испытывает умиротворение. Сеанс может длиться от 10–15 минут до часа в зависимости от того, каким временем вы располагаете. В интернете достаточно легко можно найти различные варианты аутогенных тренировок, в которых мужской или женский голос говорит текст, сопровождаемый приятной музыкой. Подберите запись, подходящую лично вам и не вызывающую дискомфорта или раздражения.

Метод визуализации основывается на том, что наше подсознание не отличает визуализированные образы от реальных событий или объектов.

Примите удобную для себя позу и закройте глаза. Несколько раз медленно вдохните.

Вообразите воронку или нору и пройдите в нее, как Алиса в Стране чудес. Представьте, что вы оказались в спокойном, тихом месте, где чувствуете безопасность и умиротворение (место выбираете сами – это может быть пустынный пляж, лесная поляна и т. д.). Осмотритесь, мысленно прогуляйтесь. Испытайте радость от нахождения в этом прекрасном месте. Дышите медленно и глубоко. Попробуйте ощутить запахи и звуки, наполняющие пространство. Почувствовав себя комфортно и расслабленно, можете медленно выходить из фантазийного образа и возвращаться в реальный мир.

Метод прогрессивной мышечной релаксации был разработан американским врачом Эдмундом Джейкобсоном в 1920-х годах. Методика основана на простом физиологическом факте: после кратковременного сильного напряжения любая мышца автоматически глубоко расслабляется. Следовательно, чтобы добиться глубокой релаксации всех скелетных мышц, нужно последовательно напрягать эти мышцы. Доктор Джейкобсон рекомендовал максимально напрягать каждую мышцу в течение 5–10 секунд, а затем в течение 15–20 секунд концентрироваться на возникшем в ней чувстве расслабления. Метод позволяет научиться распознавать чувство напряжения, чтобы отличать от него чувство расслабления.

В базовом варианте релаксации по Джейкобсону используется следующая последовательность мышечных сокращений.

1. КИСТИ. Сожмите кулаки и кисти в лучезапястных суставах. Представьте себе, что сжимаете сосульку и выдавливаете из нее воду. Сосчитайте до 8. Расслабьте мышцы и насладитесь чувством релаксации.

2. РУКИ. Вытяните руки вперед, растопырьте пальцы. Представьте, что хотите дотянуться ладонями до противоположной стены. Сосчитайте до 8. Расслабьте мышцы и насладитесь чувством релаксации.

3. ПЛЕЧИ. Подтяните плечи к ушам, а затем наклоняйте подбородок к груди. Сосчитайте до 8. Расслабьте мышцы и насладитесь

чувством релаксации.

4. ЛИЦО. Верхняя треть лица: поднимите брови максимально высоко и широкой откройте рот. Сосчитайте до 8. Расслабьте мышцы и насладитесь чувством релаксации.

Средняя треть лица: сильно зажмурьтесь, нахмурьтесь и сморщите нос. Сосчитайте до 8. Расслабьте мышцы и насладитесь чувством релаксации.

Нижняя треть лица: с силой сожмите челюсти и отведите уголки рта максимально близко к ушам. Сосчитайте до 8. Расслабьте мышцы и насладитесь чувством релаксации.

5. СПИНА. Сведите лопатки ближе друг другу и выгните спину. Сосчитайте до 8. Расслабьте мышцы и насладитесь чувством релаксации.

6. ГРУДЬ. Сделайте глубокий вдох, расширяя нижние ребра, и задержите дыхание. Сосчитайте до 8, медленно выдохните и вернитесь к нормальному дыханию.

7. БЕДРА. Задержите ноги в напряженном положении – полусогнутыми в коленях. Сосчитайте до 8. Расслабьте мышцы и насладитесь чувством релаксации.

8. ГОЛЕНИ. Максимально потяните на себя ступни, разведите пальцы ног в стороны. Сосчитайте до 8. Расслабьте мышцы и насладитесь чувством релаксации.

9. СТУПНИ. Выгните ступни ног так, чтобы голеностопный сустав выступал, сожмите пальцы ноги. Сосчитайте до 8. Расслабьте мышцы и насладитесь чувством релаксации.

Руки и ноги при выполнении прогрессивной релаксации можно напрягать как одновременно, так и по очереди, начиная сначала с доминантной руки или ноги.

Цикл сокращений желательно повторять по несколько раз. Доктор Джейкобсон рекомендовал своим пациентам первые два месяца заниматься ежедневно по полчаса, затем плавно снижать периодичность до двух раз в неделю и уменьшать продолжительность занятия до 10–15 минут.

Не забывайте завершать любые физические упражнения абдоминальным дыханием, вовлекающим диафрагму и тазовое дно.

Существует также много других способов релаксации, включая медитацию и молитву.

Выбор медитативной техники – сугубо индивидуальный вопрос, зависящий от ваших личных убеждений и предпочтений.

Даже если вы негативно относитесь к религиозным и эзотерическим практикам, попробуйте пройти через опыт медитации, рассматривая ее как обычную психотерапевтическую технику. Обратите внимание на методы расслабления Кундалини-йоги, включающие в себя движения и «тряски», позволяющие избавиться от мышечного напряжения и избытка гормонов стресса.

Так или иначе целью всех перечисленных методов является не только физическое, но нервно-психическое расслабление.

Подумайте о том, как давно вы занимались чем-то, что расслабляет и приносит удовольствие: танцевали, гуляли, плавали, слушали музыку, рисовали, читали и т. д. Вспомните о любимых занятиях и постарайтесь выделить для них время.

Глава 13

Рок-н-РОЛЛ и мячик в промежности

Рок-н-ролл – это классное времяпрепровождение, так что неважно, где ты сейчас – вруби музыку и забудь о жизненных проблемах.

Энди Бирсак

Чувство инородного тела, мячика в промежности – одна из самых распространенных жалоб больных с СХТБ. Избавиться от этого ощущения поможет тот же мячик, только уже настоящий, который можно использовать для наружного миофасциального релиза (МФР). Техника расслабления мышц и фасций с использованием роллов (валиков) и мячиков становится все более популярным направлением физической реабилитации и самопомощи в домашних условиях. Мышцы любят массаж: триггерные точки под давлением исчезают, фасции расслабляются. Если у вас нет возможности регулярно посещать специалиста, который руками или специальными приспособлениями (блэйдами или массажным пистолетом) выполняет МФР, не расстраивайтесь. Вы можете эффективно проработать проблемные мышцы самостоятельно.

Вам потребуется валик для миофасциального релиза. Роллы бывают разного диаметра и твердости, гладкие или с рельефной поверхностью. Они продаются в спортивных магазинах, ортопедических салонах, супермаркетах и на маркетплейсах в интернете. Чтобы не потеряться в разнообразии выбора, прежде чем покупать валик, попробуйте сделать его самостоятельно из пледа или полотенца так, чтобы диаметр не превышал 10 см. Не покупайте большие и жесткие валики, особенно вначале. Небольшой мягкий валик – как раз то, что нужно для начала работы с поясницей, тазом, ягодичными и грушевидными мышцами.

Для расслабления тазового дна понадобится мячик. Тут тоже выбор довольно широк. Обычно своим пациентам я рекомендую использовать желтый мяч для большого тенниса. Если он кажется

слишком твердым, можно подобрать более мягкий резиновый. Не берите жесткие и колючие мячи, можно пупырчатые, но такие, чтобы бугорки были округлыми и не впивались в кожу.

Приступайте к МФР осторожно.

Слишком интенсивное воздействие на мышцы, которые к этому не привыкли, вызывает обострение симптомов и усиление боли.

Выполняя упражнения, осуществляйте давление на мышцы до уровня боли не больше 4–5 баллов. Не торопитесь – дожидайтесь расслабления. Миофасциальный релиз при СХТБ должен быть очень плавным и мягким.

Делать наружный релиз можно как ежедневно, так и несколько раз в неделю. Если у вас случилось обострение после занятий, не пугайтесь – сделайте перерыв на 5–7 дней, постарайтесь расслабиться, используя дыхательные техники, тепло и рекомендованные вашим врачом медикаменты (обычно – миорелаксанты).

Приступая к МФР, начните со стопы. Покатайте мячик подошвой, надавливая на него, по минуте каждой ногой (рис. 31).



Рис. 31. Миофасциальный релиз стопы с помощью мячика

Затем расслабьте поясницу: лягте на пол на спину, подложив под поясничный изгиб валик (рис. 32).

Полежите так, дышите глубоко в живот и нижние ребра. Руки поднимите вверх за голову и положите ладонями вниз, соединив мизинцы. Ноги слегка разведите и соедините большие пальцы стоп друг с другом. Дождитесь расслабления мышц в поясничном отделе.



Рис. 32. Миофасциальный релиз поясницы

Если вас беспокоит выраженное напряжение или боль в пояснице, используйте для расслабления не только валик, но и аппликатор: резиновый коврик с иголками (аппликатор Ляпко) лучше класть на ровную поверхность, одеяльце с круглыми пластмассовыми колючками (аппликатор Кузнецова) можно стелить поверх валика или подушки. Ложитесь всей спиной или только пояснично-крестцовой областью. Эту процедуру можно совместить с МФР или использовать отдельно, например вечером перед сном.

Чтобы расслабить крестец и в целом таз, сверните маленькое полотенце в небольшой валик и положите под крестец продольно от копчика к поясничным позвонкам. Ладони рук опустите сверху на передние верхние подвздошные ости, оказывая небольшое давление на кости таза. Дышите животом, вовлекая тазовое дно. Почувствуйте, как таз как бы раскрывается в стороны, а крестец расслабляется.

Переместите валик под лопатки, под голову подложите блок для йоги или полотенце. Продолжайте дышать. Вместо валика под лопатки можно положить два мячика – справа и слева от позвоночника (рис. 33).



Рис. 33. Миофасциальный релиз спины в грудном отделе

Почувствуйте, как расслабляется спина в грудном отделе. Приподнявшись с опорой на ноги, можно покататься спиной на валике или постепенно переместить мячики вверх вдоль позвоночника до шеи.

Перевернитесь на живот и, положив мячик под середину грудины, опуститесь на него. Дышите глубоко – в мячик. Наблюдайте, как неприятные ощущения уходят, а грудная клетка расслабляется.

Переместите мячик в область пупка. Дышите в мячик. Дождитесь расслабления.

Продолжая лежать на животе, согните одну ногу в колене и положите валик под мышцы внутренней поверхности бедра (рис. 34).

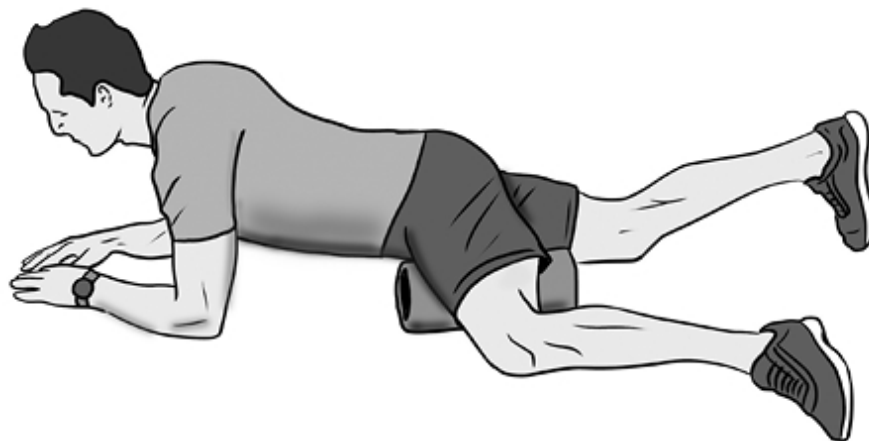


Рис. 34. Миофасциальный релиз внутренней поверхности бедра

Работа с этой областью очень важна, так как в приводящих мышцах бедра часто присутствуют триггерные точки, ассоциированные

с тазовой болью. Покатайтесь на валике, массируя мышцы. Поменяйте ногу и повторите упражнение.

Перевернитесь на спину. Положите мягкий мячик или небольшой валик под ягодицу в проекции грушевидной мышцы (рис. 35).

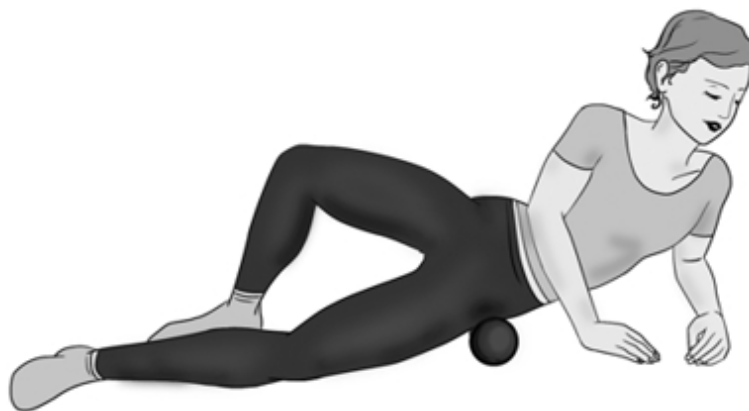


Рис. 35. Миофасциальный релиз грушевидной мышцы на мяче

Согните ногу в коленном и тазобедренном суставах. Медленно отводите колено наружу, ощущая, как сокращаются мышцы в области ягодицы, и возвращайтесь в исходное положение. Дождитесь расслабления.

Если область безболезненна, вы можете сделать более активное упражнение: придерживая себя руками, сядьте на валик и покатайтесь на нем, массируя грушевидную мышцу (рис. 36).



Рис. 36. Миофасциальный релиз грушевидной мышцы сидя на валике

Теперь вы готовы к тому, чтобы поработать непосредственно с мышцами тазового дна. Эта группа мышц малодоступна снаружи, однако, используя мячик, можно снять напряжение в области сухожильного центра промежности и расслабить тазовую диафрагму. Сядьте на мячик, разместив его в области между влагалищем и анусом (у женщин) или мошонкой и анусом (у мужчин). Можно делать это на полу или на стуле, опираясь на руки, если упражнение болезненно (рис. 37).



Рис. 37. Миофасциальный релиз промежности на мячике

Опускайтесь на мяч настолько, насколько возможно. Желательно полностью сесть, без опоры на руки. Сидя на мячике, дышите животом, ощущая, как на вдохе промежность расслабляется, а болевые ощущения уменьшаются. Длительность упражнения может начинаться с 1–2 минут, постепенно увеличиваясь до 5–10 минут по мере стихания болевого синдрома. Если вам сразу не больно сидеть на мячике, попробуйте прокатываться на нем, аккуратно смещаясь или наклоняя корпус вперед-назад и вправо-влево. Это упражнение можно делать отдельно от комплекса, если вы чувствуете, что в этом есть необходимость.

Здесь приведена лишь примерная схема миофасциального релиза при синдроме хронической тазовой боли.

Заменяйте упражнения и их последовательность, ориентируясь на свои ощущения, а также на советы вашего

лечащего врача или реабилитолога.

Не делайте МФР спины на валиках и мячиках самостоятельно, если у вас есть грыжи или протрузии в позвоночнике.

Глава 14

Движение в правильном направлении

Движение – это жизнь, а жизнь – это движение!

Аристотель

Физическая реабилитация, помимо расслабляющих техник и миофасциального релиза, обязательно должна включать в себя движение, а также укрепление тех мышц, нагрузку которых потенциально может брать на себя тазовое дно.

Разобраться в хитросплетениях мышечно-фасциального взаимодействия в теле, причинах асимметрии таза, напряжения мышц и правильно подобрать упражнения вам могут помочь врач лечебной физкультуры (ЛФК), врач физической и реабилитационной медицины (ФРМ), грамотный инструктор ЛФК или тренер. Убедитесь, что специалист, с которым вы работаете, знаком с проблемой тазовой боли и способен обсуждать причины ее возникновения в аспекте функционирования опорно-двигательного аппарата.

Если у вас нет возможности работать с такими специалистами очно, можно попробовать тренироваться онлайн. Когда болевой синдром будет под контролем, вы можете продолжить заниматься дома самостоятельно, а также вернуться к другим видам физической активности.

Часто пациенты спрашивают, какие виды спорта показаны и противопоказаны при СХТБ. Тут, к сожалению, не существует универсальных рецептов, поэтому я советую учиться прислушиваться к своему телу и анализировать, как та или иная физическая нагрузка влияет на ваши ощущения.

Из направлений фитнеса в качестве оптимального можно выделить пилатес, однако и другие виды занятий, такие как йога, аэробика, аквааэробика, шейпинг, калланетика и т. д., могут хорошо переноситься и приносить пользу. Главное, чтобы вам нравилось то, чем вы занимаетесь.

Может быть, вам покажутся интересными танцы, бег, борьба или бокс. Удовольствие, которое вы получаете в процессе занятий, возможность переключиться и отвлечься от проблем играют огромную роль в реабилитации.

Если вам хочется плавать в бассейне – плавайте, только обязательно используйте очки и опускайте голову в воду, чтобы не перенапрягать шею и спину. Не переохлаждайтесь. Почаще забегайте в сауну или хаммам погреться на теплой каменной скамье.

Если на работе вам приходится много сидеть, обязательно устраивайте перерывы – пройдите хотя бы по офису.

Чтобы сидеть было комфортнее, заведите подушку в форме подковы или бублика и положите на свой рабочий стул (рис. 38).

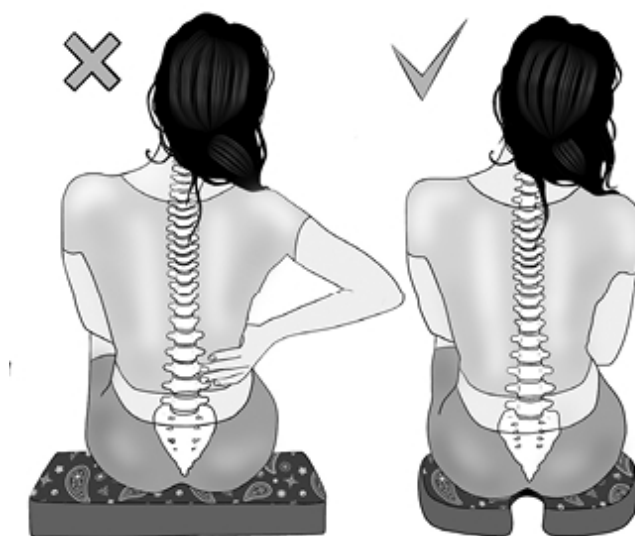


Рис. 38. Подушка под попу при тазовой боли

Такая подушка уменьшает нагрузку на тазовое дно и позволяет сидеть более длительное время без болевых ощущений.

Больше гуляйте. Пешие прогулки, а также скандинавская ходьба полезны во всех отношениях как для таза, так и для тела в целом. Попробуйте, если это возможно, ходить на работу и обратно пешком.

Пожалуй, единственным очевидно неблагоприятным видом спорта при СХТБ является езда на велосипеде, которая ассоциирована с целым рядом проблем мочеполовой сферы. Помимо хронической тазовой боли, длительная езда может вызывать приапизм (неспадающую болезненную эрекцию), тромбоз вен полового члена, проблемы с

достижением оргазма, лимфатический отек половых губ у женщин – «вульва велосипедистки», простатит, повышение простатспецифического антигена (ПСА) и другие.

Езда на велосипеде более трех часов в неделю увеличивает риск эректильной дисфункции почти в два раза.

Причина проблем – сдавление нервов и сосудов в зоне промежности, в частности полового нерва в канале Алькока, а также дорсального нерва полового члена между лобковой костью и седлом. Онемение в половых органах ощущает почти каждый пятый велосипедист.

«Что же делать, – спросите вы, – если очень хочется продолжить кататься?» Обязательно обратите внимание на несколько моментов.

Правильно подберите седло. Сиденья без длинного выступающего носа, имеющие отверстие или желоб, позволяют уменьшить давление на промежность. Насчет глубины желоба, размеров и расположения отверстия есть разные мнения, что иногда они могут усиливать компрессию.

Седло не должно быть уже, чем расстояние между седалищными буграми, иначе за счет сдавления сосудов нарушается кровоснабжение полового члена. Использование широкого сиденья повышает насыщенность кавернозных тел кислородом на 57 %.

Мягкая подкладка не приветствуется. Например, гелевое седло ухудшает кровоснабжение на 37 % по сравнению с обычным!

Огромное значение имеют не только форма и размеры седла, но и правильная посадка велосипедиста, когда вес тела грамотно распределен между рулем, седлом и педалями.

При вертикальной посадке сдавление дорсальной артерии полового члена уменьшает кровоток в ней на 70 %. При чрезмерном наклоне вперед пережимается внутренняя половая артерия и сдавливается половой нерв. Принципиальную роль имеет продолжительность сдавления. Если компрессия длится более восьми часов, восстановление займет несколько недель. Избегайте длительной непрерывной езды на велосипеде. Делайте перерывы, чтобы половые органы могли «отдышаться».

Глава 15

Таблетки

– Жду тебя на кухне. С таблеткой, после приема которой тебе должно стать полегче. – Цианистый калий? – Не настолько полегче.

Анна Элис. Вопль (простите за черный медицинский юмор)

Все мечтают о волшебной таблетке, которая бы надежно, раз и навсегда помогала избавиться от тазовой боли.

Если бы такое лекарство существовало, в этой книге не было бы никакой необходимости. Но, к сожалению, все медикаментозное лечение СХТБ носит либо симптоматический характер – купирует симптомы, либо патогенетический – влияет на механизмы развития симптомов, и ни одно не является этиотропным, то есть не убирает причину заболевания. И это неудивительно, ведь причин развития тазовой боли много, и они очень индивидуальны.

Как показывает опыт, психоэмоциональный стресс, миофасциальное напряжение, а также центральная и периферическая сенсibilизация нервной системы играют основную роль в развитии заболевания. Именно поиск причин и их коррекция является основной задачей.

Медикаменты играют лишь вспомогательную роль и помогают купировать механизмы развития боли и облегчить симптомы. Наиболее эффективными лекарственными средствами в лечении СХТБ являются следующие группы препаратов.

**Ни в коем случае не назначайте себе лекарства самостоятельно. Имеются противопоказания и побочные эффекты. Обязательно проконсультируйтесь с вашим лечащим врачом!*

Антидепрессанты эффективны как за счет центрального действия на нервную систему, так и за счет периферических эффектов на органы

и ткани. Одним из самых часто назначаемых и наиболее хорошо изученных препаратов для лечения хронической тазовой боли является «Амитриптилин» [20]. Это трициклический антидепрессант, который, помимо успокаивающего действия, блокирует выброс медиаторов воспаления в тканях, прерывает болевые сигналы от органов и мышц таза на уровне центральной нервной системы, а также борется с учащенным мочеиспусканием за счет расслабляющего действия на стенку мочевого пузыря. Часто используются и другие антидепрессанты с противоболевой активностью, например «Дулоксетин» и «Венлафаксин».

Подбор препарата должен осуществлять врач-психиатр с учетом всех особенностей психоэмоционального состояния пациента, выраженности боли, тревоги и депрессии, наличия психопатологических симптомов.

По назначению психиатра могут использоваться также анксиолитики, оказывающие противотревожный, успокаивающий, снотворный и расслабляющий эффекты, и нейролептики, имеющие выраженное антипсихотическое действие.

У многих людей есть предубеждение в отношении приема антидепрессантов и других психотропных средств. Им кажется, что их принимают за сумасшедших и вместо того, чтобы лечить реальное заболевание в организме, пытаются напичкать успокоительными и превратить в «овощи». Такие пациенты думают, что, если они будут пить антидепрессанты, это замаскирует течение заболевания и оно будет только прогрессировать или причина останется неизвестной. На самом деле такое представление в корне неверно.

Психика и головной мозг неотделимы от тела и оказывают друг на друга непосредственное влияние.

Так же как стресс может запустить физическую болезнь, так и болезнь приводит к гипервозбудимости определенных зон мозга и формированию психической доминанты. Что бы ни послужило исходной причиной заболевания, разорвать этот порочный круг часто оказывается невозможно без использования психотропных препаратов [21].

Правильно подобранные лекарства хорошо переносятся, позволяют сохранять работоспособность, адекватность и привычную

активность. Не всегда удастся сразу удачно подобрать терапию, ведь психика каждого человека индивидуальна. Многие пациенты, первый раз посетив психиатра и получив назначения, пробуют принимать лекарства, но быстро отказываются от них в связи с побочными действиями или отсутствием эффекта. При этом они не возвращаются к доктору, чтобы скорректировать терапию, а сразу ставят крест на данном виде лечения и остаются жить с убеждением, что антидепрессанты не помогают. Важно сразу настроиться на то, что подбор психотропной терапии – это непростая, но очень важная задача, и придется не раз поменять препараты, а может быть, и врача-психиатра, чтобы найти оптимальную схему лечения. Прием подходящих лекарств должен быть длительным и продолжаться не менее шести месяцев, а иногда и нескольких лет.

Противотревожный препарат «Гидроксизин» нередко используется в лечении пациентов с мочепузырным болевым синдромом (интерстициальным циститом), а также при других видах СХТБ [1, 21]. Помимо мягкого седативного, он обладает также противоаллергическим (антигистаминным) действием. Отлично переносится и подходит для длительного применения.

Для лечения нейропатической боли широко применяются антиконвульсанты, такие как «Габапентин» и «Прегабалин» [22]. Это противосудорожные препараты центрального действия, обладающие обезболивающим эффектом. Могут использоваться и другие противоэпилептические препараты, например «Карбамазепин». Пусть вам не кажется удивительным, что лекарства от эпилепсии нашли свое применение в лечении хронической боли. Ведь как при эпилепсии, так и при хронической боли в головном мозге формируются очаги патологической активности, судорожной или болевой, именно они и являются точкой приложения данной группы лекарств.

В лечении миофасциального синдрома эффективны миорелаксанты центрального действия: «Баклофен», «Тизанидин», «Толперизон» [23].

«Баклофен» (Баклосан) уменьшает выделение возбуждающих аминокислот (глутамата и аспартата) в нервных контактах, оказывая антиспастическое и анальгетическое действие. Уменьшает мышечное напряжение и снижает тонус скелетных мышц. По химической структуре «Баклофен» является близким родственником ноотропного

препарата – «Фенибута». Пациенты отмечают выраженный снотворный и успокаивающий эффект «Баклофена». Начинать прием препарата нужно, постепенно наращивая дозу, так как, выпив сразу полную дозу, можно уснуть на сутки. Отменять прием тоже нужно постепенно, так как «Баклофен» может вызывать привыкание.

«Тизанидин» (Сирдалуд) тоже относится к миорелаксантам центрального действия, но влияет на другие рецепторы, а именно альфа-2-адренорецепторы в центральной нервной системе. В дополнение к миорелаксирующим свойствам оказывает также центральный умеренно выраженный обезболивающий эффект. Обычно хорошо переносится, но могут наблюдаться сонливость и чувство усталости.

«Толперизон» (Мидокалм) снижает патологически повышенный тонус скелетных мышц за счет подавления рефлексов в спинном мозге. По химической структуре близок к лидокаину. Снижает болевую чувствительность периферических нервных окончаний. Кстати, не рекомендован тем, у кого есть аллергия на лидокаин. Препарат очень широко применяется в неврологии, хорошо переносится и не влияет на способность управлять автомобилем или работать с механизмами.

Миорелаксанты центрального действия расслабляют всю скелетную мускулатуру, и часто ту дозу, которую необходимо принимать, чтобы расслабить спазмированные мышцы таза, сложно переносить из-за побочных эффектов – слабости, сонливости и общей «разбитости». Обычно я рекомендую пациентам принимать максимально переносимую дозу, которая позволяет сохранять привычную повседневную активность.

Хороший эффект от приема миорелаксантов при синдроме хронической тазовой боли говорит о том, что боль вызвана напряжением мышц в области таза. Однако отсутствие эффекта не исключает миофасциальный синдром.

Нередко бывает, что спазм настолько сильный, что пациент просто не может переносить ту дозу, например, «Баклофена», которая могла бы расслабить спазмированные мышцы.

Миорелаксанты не вылечивают СХТБ, они только временно расслабляют мышцы.

Если не получается отказаться от приема препаратов этой группы, потому что симптомы возвращаются, имеет смысл рассмотреть вариант ботулинотерапии, а также сделать ставку на активную работу с кинезиологом или физическим терапевтом.

Для симптоматического купирования болевого синдрома могут применяться нестероидные противовоспалительные средства (НПВС): «Ибупрофен», «Индометацин», «Диклофенак», «Этодолак», «Мелоксикам», «Целекоксиб», «Рофекоксиб», а также препарат из другой группы жаропонижающих/противовоспалительных средств (анилиды) – «Парацетамол» [1]. Роль НПВС в лечении тазовой боли ограничена, так как длительное применение этих препаратов сопряжено с развитием серьезных побочных эффектов, большинство из которых связано с прямым или косвенным поражением слизистой желудочно-кишечного тракта, ее изъязвлением и кровотечением.

«Парацетамол» эффективен только при слабо выраженном болевым синдроме и используется с осторожностью, так как оказывает токсическое действие на печень.

Опиоидные анальгетики предлагают пациентам, у которых не удалось купировать болевой синдром всеми другими известными способами лечения [1]. Считается, что у неонкологических больных риск привыкания к опиоидам при длительном применении гораздо выше, чем у тех, кто страдает онкологическими заболеваниями. Оптимальным препаратом является «Трамадол» в связи с его хорошей переносимостью и минимальным количеством побочных эффектов.

Для обезболивания слизистой мочевого пузыря из таблетированных препаратов используется «Феназопиридин» [1]. Выделяясь с мочой, препарат воздействует на слизистую оболочку нижних мочевыводящих путей, где оказывает местное анальгезирующее действие. Это помогает уменьшить боль, жжение и учащенное мочеиспускание. Препарат можно применять для купирования острых симптомов, продолжительность приема 1–2 дня. Окрашивает мочу в ярко-оранжевый цвет, что может напугать, если не знать об этом заранее. «Феназопиридин» можно использовать с диагностической целью, когда непонятно, связана боль со слизистой оболочкой мочевыводящих путей или нет. Если прием препарата купирует или значительно облегчает боль, источником болевой

импульсации является слизистая. Это бывает как при остром, так и при хроническом интерстициальном цистите.

Антибиотики неэффективны в лечении СХТБ, так как, согласно определению, сам диагноз «синдром хронической тазовой боли» подразумевает, что инфекционно-воспалительный процесс уже исключен.

Однако в клинических рекомендациях Европейской ассоциации урологов до сих пор сохранилась длительная схема антибактериального лечения простатического болевого синдрома курсом не менее шести недель, даже при отсутствии лейкоцитов в секрете простаты [1]. Это противоречит здравому смыслу, но опирается на несколько исследований 2003–2004 годов, в которых была продемонстрирована эффективность антибиотиков у мужчин с хроническим абактериальным простатитом, незначительно превосходящая плацебо [24].

Безусловно, антибактериальные препараты могут назначаться симптоматически в случае присоединения бактериального воспаления. Например, при развитии бактериального цистита у женщины с СХТБ или бактериального простатита у мужчины, страдающего тазовой болью. Желательно иметь лабораторное подтверждение этого факта (лейкоциты и бактерии в моче или в секрете простаты), чтобы назначить антибиотики.

Роль противовирусных препаратов в лечении СХТБ мало изучена.

Противовирусная терапия показана при подтвержденной роли герпесвируса в развитии нейропатии тазовых нервов и болевого синдрома.

Препараты для лечения нарушений мочеиспускания практически всегда назначаются на разных этапах лечения пациентам с тазовой болью и гиперактивным тазовым дном и, как правило, не дают ожидаемого эффекта, так как проблемы с мочеиспусканием у больных с СХТБ имеют специфические причины, по большей части связанные с тазовым дном.

Альфа-адреноблокаторы («Тамсулозин», «Доксазозин», «Алфузозин», «Силодозин» и др.) позволяют расслабить шейку мочевого пузыря и улучшить напор мочи [1]. Однако, если причина затрудненного мочеиспускания в повышенном тоне мышц

промежности и спазме наружного сфинктера, эффект от альфа-адреноблокатора будет минимальным или вообще незаметным.

Кстати, у препаратов этой группы есть распространенный побочный эффект, который очень пугает пациентов, – пропадает сперма. Ощущение, что произошла эякуляция при половом акте, оргазм есть, а спермы нет. Это обусловлено забросом спермы при семяизвержении в мочевой пузырь, так как шейка мочевого пузыря расслаблена. Также есть данные, что на фоне альфа-адреноблокаторов сперма вообще может не выделяться в мочеиспускательный канал. В любом случае побочный эффект временный и проходит сразу после отмены препарата.

В целом альфа-адреноблокаторы – одни из самых любимых урологических препаратов. Их длительно получают мужчины с доброкачественной гиперплазией или аденомой предстательной железы, и они же используются в лечении острого и хронического бактериального простатита.

При учащенном мочеиспускании назначают М-холиноблокаторы («Солифенацин», «Фезотеродин», «Толтеродин», «Троспия хлорид»), которые убирают гиперактивность мочевого пузыря, то есть патологическую спастическую активность детрузора (мышцы, формирующей стенку пузыря) [1].

У большинства больных с СХТБ М-холиноблокаторы не только неэффективны, но даже, наоборот, приводят к затрудненному мочеиспусканию. Все дело в том, что учащенное мочеиспускание при тазовой боли не связано с гиперактивностью детрузора и обусловлено либо напряжением тазового дна при миофасциальном синдроме таза, либо гиперчувствительностью слизистой мочевого пузыря и снижением емкости при интерстициальном цистите.

Более подходящим препаратом для урежения мочеиспускания при СХТБ является «Мирабегрон», который не влияет на сократительную способность стенки мочевого пузыря и не затрудняет опорожнение, а также снижает чувствительность слизистой, в том числе болевую.

При наличии подтвержденных заболеваний самих органов малого таза показано дополнительное специфическое лечение.

Например, при эндометриозе назначаются гормональные препараты: комбинированные оральные контрацептивы (противозачаточные таблетки), прогестагены («Дюфастон», «Визанна», «Мирена»), антигонадотропные средства, а также агонисты гонадотропин-рилизинг-гормона («Бусерелин», «Гозерелин», «Трипторелин»), которые в той или иной степени подавляют женские половые гормоны (эстрагены) и блокируют развитие очагов эндометриоза.

Лечение интерстициального цистита практически невозможно без внутривезикулярного введения лекарственных препаратов. Свою эффективность при введении внутрь мочевого пузыря доказали в научных исследованиях и клинической практике следующие препараты [25].

«Диметилсульфоксид» (ДМСО) используется в медицинском лечении как фармакологическое средство с 1960-х годов. Является единственным интравезикулярным препаратом, одобренным Управлением по контролю за продуктами питания и лекарствами (FDA) для лечения интерстициального цистита. Снижает воспаление, расслабляет мышцы, устраняет боль, разрушает фиброзную ткань. После инстилляций ДМСО большинство пациентов замечают запах, напоминающий чеснок, который исчезает в течение суток, и около 10 % больных сообщают об обострении симптомов при начале лечения, которые улучшаются или проходят без вмешательства. ДМСО чаще всего используется в сочетании с другими препаратами: глюкокортикоидами, гепарином, бикарбонатом натрия и лидокаином.

«Гепарин» имеет сходство с гликозаминогликановым (ГАГ) слоем мочевого пузыря. При инстилляциях в мочевой пузырь теоретически он может заменить поврежденный ГАГ-слой. По данным исследований, симптомы уменьшаются у 56 % пациентов при проведении инстилляций три раза в неделю в течение 12 недель. Существенных побочных эффектов не отмечается, поскольку «Гепарин» не оказывает влияния на общие параметры свертываемости крови. Для инстилляций используют 10 000 – 40 000 единиц препарата. Обычно после инстилляций не возникает боли или раздражения.

Гиалуроновая кислота, подобно «Гепарину», является мукополисахаридом, который теоретически может улучшить или восстановить поврежденный ГАГ-слой слизистой оболочки мочевого

пузыря. Комбинация гиалуроновой кислоты с «Лидокаином» позволяет добиться более быстрого наступления клинического эффекта лечения благодаря анестезирующему действию лидокаина. Рекомендовано длительное применение.

«Лидокаин» облегчает боль путем блокирования чувствительных нервов в мочевом пузыре. Быстро действует, но сам по себе не оказывает заживляющего действия на слизистую мочевого пузыря, поэтому, как правило, используется в комбинации с другими препаратами, например гиалуроновой кислотой или «Гепарином».

Использование для внутрипузырных заливок агрессивных препаратов, таких как нитрат серебра («Колларгол», «Протаргол»), ванилоиды («Капсаицин», «Резиниферотоксин») или вакцины БЦЖ, не рекомендовано.

Лечение интерстициального цистита занимает много времени. Инстилляции назначаются на регулярной основе в течение 6–12 месяцев и более. Режим заливок зависит от используемого препарата и динамики состояния и может варьировать от трех раз в неделю до одного раза в две недели. Никогда резко не отменяйте заливки. Если хорошо себя чувствуете, постепенно делайте их реже, ориентируясь на свое состояние.

Внутрипузырные инстилляции считаются медсестринской манипуляцией, однако на практике я обычно советую своим пациентам научиться выполнять их самостоятельно, что значительно упрощает организацию лечения и позволяет чувствовать себя свободно и независимо.

Из таблетированных препаратов слизистую мочевого пузыря хорошо восстанавливает «Пентозан» (пентозана полисульфат натрия) – низкомолекулярное гепариноподобное соединение, обладающее кроворазжижающим действием [26]. Механизм действия данного средства при лечении интерстициального цистита точно неизвестен. Установлено, что молекулы пентозана полисульфата натрия способны прикрепляться к слизистой оболочке стенки мочевого пузыря и действовать в роли своеобразного барьера, регулирующего клеточную проницаемость. Такой барьер замещает поврежденную слизь уротелия и препятствует контакту с клетками эпителия слизистой оболочки мочевого пузыря агрессивных веществ, растворенных в моче, а также адгезии бактерий. Предполагается, что в терапевтическом действии

пентозана полисульфата натрия может играть роль наличие и собственной противоаллергической и противовоспалительной активности. Пентозана полисульфат натрия – единственный пероральный препарат, одобренный Американской администрацией по контролю за продуктами и лекарствами (FDA) для боли при мочепузырном болевом синдроме.

При длительном применении «Пентозан» может вызывать пигментную макулопатию – состояние, угрожающее зрению.

Пациентам, принимающим этот препарат, необходимо регулярное обследование у офтальмолога.

Глава 16

УколИ мне не больно

*Вместо чтоб поестъ, помыться, уколоться и
забыться, Вся безумная больница у экрана
собралась...*

Владимир Высоцкий

Инъекционные методы лечения являются одними из самых эффективных в борьбе с тазовой болью. Уколы могут быть разные.

Лечебно-диагностические блокады позволяют подтвердить или опровергнуть диагноз нейропатии тех или иных нервов в области таза. Смесь анестетика с гормональным противовоспалительным препаратом под УЗИ-контролем вводится в область нерва, что вызывает временную блокаду проведения нервных импульсов. Исчезновение или существенное уменьшение боли свидетельствует о ее нейропатической природе. Блокада имеет не только диагностическое значение, но и лечебный эффект за счет противовоспалительного действия гормонального препарата и прерывания болевой импульсации по раздраженному нерву.

В зависимости от локализации боли пациенту предлагаются блокады нервов: полового (через ягодичную область или через промежность), подвздошно-пахового и подвздошно-подчревного (в области передней брюшной стенки, рядом с подвздошной остью), бедренно-полового (внизу живота в проекции пахового канала).

При выраженном облегчении от первой процедуры лечебно-диагностическая блокада может повторяться еще несколько раз до достижения стойкого эффекта.

При миофасциальном синдроме таза в мышцы также можно вводить анестетик с лечебно-диагностической целью. Введение «Лидокаина», «Новокаина», «Артикаина», «Ропивакина» и других анестезирующих препаратов в триггерные точки в мышцах вызывает их расслабление. К анестетикам также может добавляться гормональный препарат («Гидрокортизон», «Дипроспан», «Дексаметазон» и др.). Инъекции могут выполняться в любые мышцы, где есть триггерные

точки: мышцы передней брюшной стенки, ягодичные, грушевидные, подвздошно-поясничные, запираательные и другие.

Когда речь идет об уколах в спазмированные мышцы тазового дна, предпочтительнее сразу выполнять введение препаратов ботулинического токсина, позволяющих добиться стойкого и продолжительного расслабления мышц. Все-таки процедура инъекций в мышцы промежности как для мужчин, так и для женщин сопряжена с большим моральным и физическим дискомфортом, поэтому вводить анестетик, дающий кратковременный эффект, не очень рационально.

Ботулинический пептид – это токсин белкового происхождения, который в природе вырабатывается анаэробными грамположительными бактериями ботулизма. Введение его в мышцы является универсальным способом борьбы с гипертонусом. Препарат блокирует высвобождение нейромедиатора ацетилхолина в нервно-мышечных синапсах. В результате мышечная клетка не получает сигнал к сокращению и остается расслабленной. Ботулотоксин типа А широко применяется в различных отраслях медицины. Неврологи используют его при спастических состояниях, детском церебральном параличе, кривошее, офтальмологи – при косоглазии. Наиболее широкую известность имеет применение в косметологической практике для разглаживания мимических морщин.

Ботокс используется в медицине с 80-х годов прошлого столетия [27].

Первое сообщение об успешном применении ботулотоксина типа А в урологии относится к 1988 году, когда его использовали для введения в наружный сфинктер уретры у пациентов, имеющих проблемы с опорожнением мочевого пузыря вследствие травмы спинного мозга. С 2000 года урологи начали вводить ботулотоксин в стенку мочевого пузыря при его гиперактивности.

Первые сообщения об инъекции препарата в тазовое дно относятся к 1997 году, когда Brin и Varnek использовали его для лечения женщин с диспауренией и вульводинией [28]. С начала 2000-х ботулинотерапия мышц таза начала активно использоваться в США, а затем и в Европе для лечения дисфункции мышц тазового дна [27].

В России первыми начали применять эту методику Я. Б. Миркин и О. Ю. Малинина. В последние годы метод становится все более

распространенным в нашей стране. Эффективность ботулинотерапии тазового дна при СХТБ по данным научной медицинской литературы колеблется от 62 до 100 % [27].

Я использую инъекции ботулотоксина в мышцы тазового дна для лечения хронической тазовой боли с 2018 года. За это время накоплен большой опыт как положительного действия, так и различных побочных эффектов.

Процедура высокоэффективна у пациентов с миофасциальным синдромом тазового дна, в том числе при выраженном спазме, не поддающемся лечению миорелаксантами.

Инъекции ботулотоксина в мышцы тазового дна выполняются через кожу промежности в положении в гинекологическом кресле. Кожа обрабатывается антисептиком. Правильность введения может контролироваться с помощью электростимуляции, ультразвука или с помощью пальца, введенного во влагалище или прямую кишку (рис. 39).



Рис. 39. Ботулинотерапия мышц тазового дна

Я чаще всего отдаю предпочтение последнему способу, так как, на мой взгляд, это наименее болезненно и позволяет эффективно находить триггерные точки.

Введение ботокса в грушевидную мышцу проводится под ультразвуковым контролем через ягодичную область в положении лежа на животе.

Доза препарата и количество уколов иглы индивидуальны и зависят от того, какие именно мышцы спазмированы и насколько.

Процедура, как правило, хорошо переносится, так как по сути представляет собой обычную внутримышечную инъекцию. Сам препарат не вызывает боли, однако, если мышца сильно напряжена, введение может сопровождаться распирающим в месте инъекции. После процедуры в течение нескольких дней может сохраняться небольшой дискомфорт в области инъекций, возможны синяки в местах уколов.

В течение двух недель после ботулинотерапии рекомендуется ограничение физической активности, алкоголя, тепловых процедур, а также половой покой.

Эффект от ботулотоксина проявляется постепенно, обычно он становится заметным на 3–4-й неделе и продолжает нарастать до двух месяцев. Продолжительность действия зависит от конкретного препарата, который использовался для инъекции, а также от индивидуальных особенностей организма. При недостаточном эффекте от первого введения можно повторять процедуру (докалывать препарат) через 2–3 месяца или более.

Самый хороший эффект от лечения имеют пациенты без нейропатической боли и выраженной центральной сенсibilизации. Иными словами, те, у кого боль связана только с мышечным спазмом. Если мышцы зажимают нерв и присутствует нейропатический болевой синдром (жжение, гиперчувствительность, парестезии), ботулинотерапия может вызывать обострение симптоматики. Представьте, что вы отсидели ногу и потом встали, сдавленные сосуды и нервы освобождаются, кровь начинает приливать к ним, и это вызывает боль.

Кроме того, если мышца долго пребывает в спазмированном состоянии, она недостаточно кровоснабжается, в ней накапливаются токсические продукты обмена, происходит повреждение волокон и рубцевание. Когда мы в приказном порядке расслабляем мышцу ботулотоксином, кровоснабжение в течение месяца восстанавливается, но для того, чтобы прошел болевой синдром, нужно больше времени. Поэтому пациенты с длительным спазмом позже ощущают эффект от ботулотоксина, иногда только к концу 2–3-й месяца.

В ряде случаев, если тазовая боль носит многофакторный или многокомпонентный характер, инъекции ботулотоксина могут не

принести желаемого эффекта.

Среди редких, но возможных побочных эффектов: появление недержания мочи при напряжении, особенно у женщин с исходным стрессовым недержанием; усиление венозного сосудистого рисунка в области наружных половых органов; обострение геморроя, запоры; недержание газов и жидкого стула. К счастью, эти побочные эффекты носят временный характер и встречаются в 1–2 % случаев.

Эффект ботулинотерапии на половую функцию, как правило, положительный.

У женщин уменьшается болезненность при половом акте. У мужчин уходит боль после семяизвержения, нормализуется время достижения эякуляции, улучшается эрекция. Распространенным побочным эффектом после инъекции в луковично-губчатые мышцы является ослабление выброса спермы при семяизвержении – она не выстреливает, а вяло вытекает. Обычно это не сильно смущает пациентов, так как носит временный характер.

Инъекции ботокса позволяют быстро и эффективно устранить спазм мышц, значительно уменьшить болезненность при вагинальном или ректальном осмотре, а также внутреннем массаже тазового дна. Я рекомендую пациентам максимально использовать «светлый промежуток» после ботулинотерапии, когда мышцы расслаблены, для того, чтобы начать физическую реабилитацию. Это время, когда наиболее продуктивными становятся занятия с кинезиологом и тазовым терапевтом, не больно делать миофасциальный релиз через влагалище или прямую кишу, легче осваивать техники релаксации.

Важно понимать, что ботулинотерапия тазового дна – это не волшебная инъекция, которая излечивает от СХТБ. Это процедура, которая временно убирает мышечный спазм и открывает возможности для восстановления.

У больных с мочепузырным болевым синдромом или интерстициальным циститом ботулотоксин используется также для инъекций в стенку мочевого пузыря с целью увеличения емкости и уменьшения болевого синдрома. Процедура выполняется под наркозом. В мочевой пузырь вводится цистоскоп – металлическая трубочка с видеокамерой, через него проводится длинная гибкая игла для

эндоскопических инъекций. С ее помощью в стенку мочевого пузыря выполняются подслизистые инъекции ботулинического токсина.

Среди распространенных побочных эффектов – затрудненное мочеиспускание и появление остаточной мочи. Эффект ботулотоксина на мочевой пузырь дольше, чем на тазовое дно, и достигает 9–12 месяцев.

ИСТОРИИ ПАЦИЕНТОВ

Вероника, 25 лет, программист

Мое знакомство с СХТБ началась в 2018 году. Сначала были легкие признаки: жжение, боль при мочеиспускании после спорта и физического перенапряжения. На это можно было не обращать внимания.

Но все изменилось под новый, 2021 год.

Начались непрекращающиеся боли в области мочевого пузыря, проблемы с мочеиспусканием, жжение, давление и отсутствие позыва как такового. Каждый поход в туалет сопровождался страхом.

Мне повезло, Четвертого января я уже оказалась в Москве на приеме у доктора, который ориентируется в тазовой боли. Мне были предложены препараты, применяемые психиатрами.

Я их пропила месяц, но ситуация не улучшилась.

Все это время я искала информацию, как облегчить состояние.

Одним из вариантов был ботокс в мышцы тазового дна, мне сказали, что лучше всего делать в Екатеринбурге. Записалась на консультацию к Екатерине Сергеевне и поехала на ботулинотерапию.

В итоге для меня этот шаг оказался решающим, мои боли ушли на 95 % через месяц после ботокса, но после шести месяцев я все-таки начала чувствовать себя хуже и поехала повторять процедуру. На данный момент я решила, что хорошо помогает стабильное моральное состояние (посещаю психолога), очень классные видео Екатерины Сергеевны на «Ютубе» (антикегель, медитация). Ситуативно приносят облегчение миорелаксанты, упражнения ЛФК на укрепление мышц спины (занятия с кинезиологом), иглоукалывание.

Спустя год могу сказать, что состояние мое стабильно хорошее, нет постоянной боли, а временная эффективно корректируется психофармой, но решающее облегчение пришло после ботокса.

Глава 17

Что делать с прибором?

Гриша, у меня же нервная система!..

Попандопуло, х/ф «Свадьба в Малиновке»

Когда мы говорим о физиотерапии при СХТБ, то в первую очередь подразумеваем неаппаратные методы физического воздействия – то, что уже обсуждалось ранее: дыхательные техники, лечебную физкультуру, внутренний и наружный миофасциальный релиз.

В традиционном понимании в нашей стране физиотерапия – это больше аппаратное лечение с использованием различных физических факторов.

Здесь тоже есть ряд эффективных методов, которые имеет смысл пробовать пациентам с тазовой болью.

В ряде исследований продемонстрирована результативность электромагнитной терапии, микроволновой термотерапии, экстракорпоральной ударно-волновой терапии (УВТ).

Промежностная ударно-волновая терапия у мужчин с СХТБ может значительно облегчить болевой синдром и улучшить качество жизни [29]. Положительный эффект, вероятно, обусловлен успешным действием на мышцы тазового дна. УВТ также можно использовать для лечения миофасциального синдрома других мышц таза, в частности грушевидных и подвздошно-поясничных. Ударно-волновая терапия использует короткие импульсы высокочастотных звуковых волн, передаваемые через специальный аппарат. При мышечных спазмах УВТ может помочь, улучшая кровообращение, уменьшая воспаление и способствуя расслаблению мышц. УВТ способна также снижать чувствительность нервных окончаний.

Чрескожная электронейростимуляция (TENS) – метод лечения боли, который использует электрические импульсы, передаваемые через поверхностные электроды, прикрепленные к коже. Эти импульсы показывают нервным волокнам, что они должны передавать сигналы

боли меньшей интенсивности в мозг, что может снизить ощущение боли. TENS также увеличивает выработку эндогенных опиоидов, таких как энкефалины и эндорфины, которые действуют на опиоидные рецепторы в мозге и могут уменьшить чувствительность к боли. Некоторые исследования показывают, что TENS способна уменьшать воспаление и снижать активность гипервозбудимых нейронов, способных усиливать ощущение боли. В ряде исследований продемонстрирована эффективность TENS при СХТБ [30].

Чрескожная тибиальная нейромодуляция (PTNS) заключается в стимуляции большеберцового (тибиального) нерва, который находится в области голени и отвечает за иннервацию мышц стопы и некоторых смежных областей. Используются накожные электроды, их прикладывают в области наружной стороны лодыжки в проекции большеберцового нерва. Может показаться удивительным, но стимуляция большеберцового нерва конкурентно блокирует сокращение мочевого пузыря, так как оба рефлекса замыкаются на уровне одного и того же сегмента спинного мозга (L4–S3). Методика была разработана для пациентов с гиперактивным мочевым пузырем и дает хороший эффект, однако может использоваться и в лечении хронической тазовой боли [31].

Существуют портативные аппараты для электронейростимуляции, которые можно применять как для тибиальной нейромодуляции, наклеивая электроды на голень, так и для чрескожной стимуляции в области крестца и лобка в режиме TENS. Кроме того, к таким аппаратам продаются ректальные и вагинальные электроды, использование которых особенно эффективно при СХТБ. Процедуры электронейростимуляции могут выполняться дома самостоятельно в ежедневном режиме или с определенной периодичностью в зависимости от тяжести состояния.

Существует также вариант постоянной инвазивной нейромодуляции, при котором маленький нейростимулятор, подобный кардиостимулятору, вшивается под кожу в ягодичной области, а электрод от него подводится к корешку крестцового нерва. Это называется сакральной нейромодуляцией (SNM). Она эффективна при нейрогенных нарушениях мочеиспускания и менее изучена при синдроме хронической тазовой боли [32]. Метод имеет ограниченное

применение при СХТБ в связи с высокой стоимостью и неоднозначной эффективностью.

Транскраниальная магнитная стимуляция (TMS) использует магнитные поля для стимуляции нервной активности в мозге путем непосредственного наведения через кости черепа. Применяется для лечения различных заболеваний, включая хроническую боль [33]. В этом случае одним из механизмов действия TMS является изменение электрической активности нейронов в мозге, которые участвуют в обработке болевых сигналов, что уменьшает чувствительность к боли. Кроме того, увеличивается выработка эндогенных опиоидов, таких как эндорфины, которые действуют на опиоидные рецепторы в мозге и могут уменьшить ощущение боли. TMS используется для стимуляции различных областей мозга, включая кору и подкорковые структуры, участвующие в обработке болевых сигналов. Например, аппарат может быть направлен на участок коры, ответственный за оценку и восприятие боли, или на подкорковые структуры, такие как таламус, которые играют важную роль в передаче болевых сигналов. При этом амбулаторная процедура TMS безболезненна.

Иглоукальвание. Официально доказано, что акупунктура эффективнее, чем плацебо в лечении СХТБ [1, 34].

Иглоукальвание – это метод лечения, при котором тонкие иглы вставляются в различные точки тела для стимуляции нервной системы и улучшения здоровья.

Одним из механизмов действия иглоукальвания при боли является стимуляция выработки эндогенных опиоидов, таких как энкефалины и эндорфины, которые действуют на опиоидные рецепторы в мозге и могут уменьшить ощущение боли. Кроме того, иглоукальвание способно стимулировать нервные волокна, передающие сигналы сенсорных стимулов, такие как прикосновения и давление, что может блокировать передачу сигналов боли. Улучшается кровообращение и метаболические процессы в тканях. Это способствует уменьшению воспаления. При иглоукальвании активируются определенные точки на теле пациента. Они расположены вдоль меридианов, по которым, согласно традиционной китайской медицине, протекает жизненная энергия. Современные исследования показывают, что эти точки могут

находиться в местах, где скапливаются нервные окончания, капилляры и другие ткани, которые связаны с симптомами боли.

Можно включать в комплексное лечение и другие виды физиотерапии, оказывающие общее расслабляющее действие, например ванны, гидромассаж, флоатинг (невесомость), электросон и другие.

Посещение бани, сауны, хаммама, спа-процедур также можно рассматривать как физиолечение.

БОС-терапия занимает особое место в лечении СХТБ, так как обучает пациента контролировать мышцы тазового дна [35]. Суть процедуры заключается в создании обратной биологической связи между мышцами таза и головным мозгом. Для этого используется специальный ректальный или вагинальный электрод, а также дополнительные электроды на другие мышцы таза. Пациент сокращает и расслабляет тазовое дно и видит на экране компьютера, как работают его мышцы. В некоторых аппаратах изображение выглядит как красивая анимация, в которую пациент «играет» мышцами таза. БОС-терапия очень эффективна при легких формах стрессового недержания мочи у женщин, так как позволяет укрепить мышцы таза. При боли основная задача в том, чтобы научиться расслаблять тазовое дно.

Глава 18

СЕКС-ШОПинг

Одна дама зашла в секс-шоп и пропала с концами...

Поскольку мы заговорили о приспособлениях для лечения тазовой боли, хочу напомнить вам еще раз о массажных палочках pelvic wand и их аналогах, которые можно использовать для самомассажа триггерных точек в мышцах таза через прямую кишку или влагалище. Иногда они дополнительно оснащены подогревом и вибрацией, однако это вовсе не обязательные опции. Основная особенность палочки – в S-образной форме, которая позволяет дотянуться до нужных точек. При применении на палочку можно надевать презерватив или просто каждый раз мыть с мылом, так как в любом случае это предмет индивидуального пользования.

Для женщин, страдающих вагинизмом или диспауренией, придуманы влагалищные дилататоры различного диаметра. Их желательно использовать регулярно с определенной периодичностью, а также непосредственно перед половым актом, чтобы расслабить напряженные мышцы и расширить вход во влагалище.

Помимо специально созданных для работы с тазовым дном приспособлений, можно попробовать «подручные» товары из секс-шопа: женщинам – фаллоимитаторы, мужчинам – массажеры для предстательной железы. Тут разнообразие впечатляет воображение, и каждый сможет подобрать на свой вкус и размер, а те, кому неловко выбирать подобные товары вживую, могут легко сделать заказ в интернет-магазине.

Не стесняйтесь экспериментировать в одиночку или вместе с партнером или партнершей. Нет ничего зазорного в том, что домашняя лечебная процедура превратится в секс или закончится оргазмом.

Секс-игрушки дома в спальне однозначно приятнее медицинских процедур, блокад, уколов или профессионального массажа.

Отказывайтесь от того, что ухудшает состояние, и активнее используйте то, что облегчает боль и спазм.

Расскажите любимому человеку о своей проблеме с тазовым дном и о том, что можно сделать, чтобы помочь вам расслабиться.

Не забывайте про лубриканты. Если у вас есть проблемы со слизистой, выбирайте максимально нейтральную смазку, без красителей и ароматизаторов.

До тех пор, пока вы не избавились от боли, избегайте слишком продолжительных, слишком интенсивных, а также повторных половых актов.

Даже если половой акт сопряжен для вас с дискомфортом, старайтесь не отказываться от половой жизни. Не только потому, что это имеет важное эмоциональное и социальное значение, но и потому, что секс – это нужное механическое воздействие, своего рода массаж тазового дна.

В отсутствие партнера мастурбация является адекватной альтернативой половому акту как для мужчин, так и для женщин.

Глава 19

Травка

А в Нидерландах ждет Мари Хуана...

Ашот Наданян

Фитопрепараты и биологически активные добавки занимают весьма скромное место в лечении СХТБ, однако могут использоваться в комплексной терапии, а также в качестве поддерживающего лечения [5].

Витамины Д, Е, С, глутамин и магний полезны при тазовой боли.

«Кверцетин» – биофлавоноид, который обладает противовоспалительным эффектом, – продемонстрировал эффективность в лечении ИЦ и хронического абактериального простатита у мужчин.

«Цернилтон» – ферментированный экстракт пыльцы злаковых оказывает противовоспалительное и противоотечное действие на предстательную железу. Обладает миорелаксирующим действием, что приводит к расслаблению клеток гладкомышечной ткани задней стенки уретры и улучшению мочеиспускания. Это один из немногих растительных препаратов с подтвержденной эффективностью.

Алоэ, возможно, полезно при интерстициальном цистите, эффективность препарата в настоящее время изучается.

В нашей стране традиционно положительное отношение к использованию в лечении растительных препаратов.

Хотя официальная доказательная база недостаточная, лечебные свойства многих растений действительно могут быть полезны при СХТБ. Попробуйте подобрать подходящие вам и использовать в качестве успокаивающих чаев и отваров.

Растения с обезболивающим действием

- Клопогон (кохош черный, *Actaea racemosa*),
- Прострел обыкновенный (*Pulsatilla vulgaris*),
- Хохлатка (*Corydalis ambigua*),

- Калифорнийский мак (*Eschscholzia californica*),
- Кава-кава (перец опьяняющий, *Piper methysticum*),
- Красная щетка, черный терновник (*Viburnum* spp.).

Растения, оказывающие миорелаксирующее действие

- Тысячелистник (*Achillea millefolium*),
- Дудник китайский (*Angelica sinensis*),
- Дикий ямс (*Dioscorea villosa*),
- Марихуана индийская (*Cannabis indica*),
- Клопогон (кохош черный, *Actaea racemosa*),
- Пустырник (*Leonurus cardiaca*),
- Белый пион (*Paeonia lactiflora*),
- Ремания клейкая (*Rehmannia glutinosa*),
- Красная щетка, черный терновник (*Viburnum* spp.),
- Имбирь (*Zingiber officinale*),
- Фенхель (*Foeniculum vulgare*),
- Ромашка (*Matricaria recutita*).

Растения, оказывающие противотревожное, седативное действие

- Зверобой (*Hypericum perforatum*),
- Лаванда (*Lavandula officinalis*),
- Пустырник (*Leonurus cardiaca*),
- Ромашка (*Matricaria recutita*),
- Мелисса (*Melissa officinalis*),
- Кава-кава (перец опьяняющий, *Piper methysticum*).

Растения, оказывающие общеукрепляющее действие

- Кордицепс китайский (*Cordyceps sinensis*),
- Элеутерококк (*Eleutherococcus senticosus*),
- Американский женьшень (*Panax quinquefolius*),
- Родиола розовая (*Rhodiola rosea*),
- Ашваганда (*Withania somnifera*).

Растения с противовоспалительным действием

- Дудник китайский (*Angelica sinensis*),
- Лакрица (*Glycyrrhiza officinale*),
- Перечная мята (*Oenothera biennis* oil),
- Белый пион (*Paeonia lactiflora*),
- Ива (*Salix* spp.),
- Пижма девичья (*Tanacetum parthenium*),
- Имбирь (*Zingiber officinale*).

Венотоники (лечение возможного венозного застоя в тазу):

- Голубой кохош (*Caulophyllum thalictroides*),
- Бархатцы (*Alchemilla vulgaris*),
- Куркума канадская (*Hydrastis canadensis*),
- Митчелла ползучая (*Mitchella repens*),
- Малина красная (*Rubus idaeus*),
- Красная щетка, черный терновник (*Viburnum* spp.).

Использование растительных препаратов играет вспомогательную роль и не должно заменять основную терапию и физическую реабилитацию.

Глава 20

Резать – к чертовой матери

Лучшая операция – та, которую удалось не делать.

Пирогов Н. И.

Хорошая новость: в хирургическом лечении при синдроме хронической тазовой боли нуждается лишь очень небольшой процент пациентов. Это больные язвенной формой интерстициального цистита, женщины с распространенным эндометриозом и в редких случаях пациенты с тяжелыми формами нейропатии полового нерва. Во всех остальных случаях с тазовой болью можно справиться, не прибегая к хирургическим вмешательствам.

Лейкоплакия мочевого пузыря (метаплазия уротелия) в области мочепузырного треугольника у женщин не подлежит хирургическому лечению, так как является нормальным физиологическим состоянием слизистой мочевого пузыря у женщин и никак не связана с тазовой болью!

При язвенной форме интерстициального цистита необходимо коагулировать язвы, чтобы убрать болевой синдром. Операция выполняется под спинномозговой анестезией или под общим наркозом, хорошо переносится и дает стойкий положительный эффект [36]. Среди редких побочных эффектов – кровотечение из мочевого пузыря в раннем послеоперационном периоде.

Гидробужирование мочевого пузыря – заполнение мочевого пузыря физиологическим раствором под давлением около 80 см водного столба в течение нескольких минут – как самостоятельная лечебная процедура не используется в связи с непродолжительным клиническим эффектом [37]. Гидробужирование, как правило, сочетают с ботулинотерапией или введением обогащенной тромбоцитами аутоплазмы в стенку мочевого пузыря [38].

В тяжелых случаях при интерстициальном цистите, когда мочевой пузырь экстремально уменьшен в размерах (микроцистис) и не поддается гидробужированию из-за выраженного рубцового процесса в

стенке, пациентам могут быть предложены реконструктивно-пластические операции [1, 39].

Отведение мочи с формированием «искусственного мочевого пузыря» из тонкой кишки является наиболее распространенным вариантом реконструктивного лечения. Сформированный резервуар открывается на передней брюшной стенке, моча при этом оттекает в специальный пакет-мочеприемник. Изначально мочевого пузыря в ходе операции может не удаляться, однако, если боли не прекращаются, выполняется цистэктомия. Полное удаление мочевого пузыря, по сравнению с частичной резекцией или сохранением мочевого пузыря на месте, более эффективно в плане улучшения симптомов [39].

Цистэктомия и формирование кишечного резервуара для мочи – большая и тяжелая операция с длительным восстановительным периодом. Мы всеми способами стараемся бороться за сохранение емкости мочевого пузыря, для того чтобы не возникало необходимости в таких серьезных хирургических вмешательствах.

Пациенткам с эндометриозом, не поддающимся консервативному лечению, выполняется удаление эндометриoidных очагов.

Операции на половом нерве требуются небольшому количеству пациентов, страдающих тазовой болью.

Показанием к оперативному лечению является наличие нейропатической боли, не поддающейся никаким другим способам лечения, в сочетании с доказанным нарушением проведения импульса по половому нерву и изменениями его структуры по данным методов визуализации. Суть операции заключается в высвобождении нерва из спаек или сдавления в области канала Алькока. Для выделения полового нерва могут использоваться различные доступы: промежностный, ягодичный или лапароскопический (с видеокамерой через проколы в животе), в том числе с использованием хирургического робота [40]. Последний представляется наименее травматичным, так как манипуляция не сопровождается рассечением мышечных слоев. По данным научной литературы, эффективность хирургического лечения нейропатии полового нерва составляет 60–80 %.

Пациентам, у которых болевой синдром появился после установки сетчатых имплантов по поводу недержания мочи или опущения органов малого таза, показано удаление этих имплантов.

На этом перечень операций при тазовой боли, к счастью, заканчивается.

Известны шокирующие примеры удаления предстательной железы молодым мужчинам с тазовой болью или вульвы женщинам с непроходящим жжением в области наружных половых органов. Такое лечение является калечащим и говорит о глубоком непонимании механизмов тазовой боли. Нетрудно догадаться, что болевой синдром не покинул прооперированных пациентов.

Если вас посещает мысль об удалении предстательной железы, гоните ее прочь. Поверьте, этот орган вам еще пригодится. Операция по удалению простаты может привести к недержанию мочи и почти наверняка к эректильной дисфункции. А самое главное, предстательная железа сама по себе никогда не является источником сильной боли, если только это не острый простатит или абсцесс простаты. Всегда есть другой выход, нужно пробовать разные варианты лечения и реабилитации.

ИСТОРИИ ПАЦИЕНТОВ

Андрей, 35 лет, IT-специалист

Летом 2010 года я впервые обратился к урологу в городскую больницу с жалобами на частое мочеиспускание и в 23 года заполучил диагноз «хронический простатит»!

Никаких венерических заболеваний не было диагностировано. Мне назначили антибиотики, свечи и еще что-то по мелочи. Все рекомендации выполнил, частые позывы не уменьшились. Спустя некоторое время обратился туда же, но врач сменился. Диагноз тот же, но лечение уже посерьезнее: уколы, массаж простаты и т. д., простата пришла в норму, частое мочеиспускание никуда не делось. В последующие годы обращался много раз в городскую больницу по месту прописки, в другие места, в частную клинику, доктора все время менялись, увольнялись, уходили в отпуск. Два раза лежал в урологическом отделении, одни и те же анализы (УЗИ, ТРУЗИ), полечат, мочеиспускание никуда не девается. Вне обострения тогда уже было 30–40 походов в туалет по-маленькому, ночью минимум 2 раза. В обострение – раз 100 в сутки, ночью – каждые 40–60 минут. Со временем мне еще поставили диагноз «гиперактивный мочевой

пузырь». Длительное время я пил таблетки от ГАМП, они мне не помогли, зато знатно «ушатали» ЖКТ. Ходил я ходил, мучился ужасно, но вердикт был един: «гиперактивность мочевого пузыря» и «хронический простатит». В нашем городе на то время уже была новомодная частная клиника, но обратиться туда было для меня дорого. А тут решил, да и слышал от сотрудников той клиники ранее, что у них только самые «топовые» специалисты и вылечат буквально от всего.

В апреле 2018 года я пришел на первый прием к урологу той самой частной клиники. Взял с собой все заключения, анализы и т. д. На тот момент их было уже несколько практически идентичных комплектов. Врач покрутил их в руках, посмотрел и назначил все те же самые анализы и обследования, что я уже предоставил в нескольких экземплярах, ведь они уже старые и не актуальны. Все это вылилось в копеечку, а результаты оказались идентичны представленным мною на первом приеме. Инфекций нет, простата воспалена. Была даже цистоскопия – по ней ничего страшного не увидели. Назначили всяческие шаманские действия: проставить свечи по хитрой схеме, чтобы «раздраконить» простату. По словам врача, это было нужно для более достоверного результата анализа секрета простаты. Все это ухудшило мое и без того ужасное состояние. Вердикт примерно тот же, куча всяких букв, но «гиперактивность мочевого пузыря» и «хронический простатит» – на месте, всякие недешевые лекарства, рекомендация посетить психолога. Ко всему, что беспокоило раньше, появились непонятные боли ниже пупка, и они очень меня мучили. Где-то вычитал, что эти боли – одни из самых мучительных для пациента. А тогда мне ничего не помогало, от слова совсем. Страдания продолжались. Поняв, что уролог частной клиники мне тоже никак не поможет, помимо очередных дорогостоящих анализов, обследований, лекарств, походил по другим врачам. И снова дорогие обследования, анализы и т. д. – смертельных болезней не выявили, но болячек добавилось. В то время я уже обращался в психиатрическую больницу, и к психиатру, и к психотерапевту, но их таблетки

мне делали только хуже и учащали мочеиспускание. Потом записался в одну из частных клиник в нашем городе к другому психотерапевту – история примерно та же: все лекарства, которые мне были назначены, вызывали учащение мочеиспускания. Раньше я уже слышал, что не каждый психолог может подойти пациенту, нужно подбирать под себя. Тогда я решил попробовать обратиться в следующую частную клинику к другому психиатру-психотерапевту. Рассказал ей обо всем, что меня беспокоит, и том, что от таблеток, которые мне ранее выписывали, меня гоняет еще чаще. Она с первого раза подобрала мне препараты и дозировку и сказала, если будет гонять, перейти на другое средство. Ее назначение мне подошло, и я стал к ней ходить через полгода наблюдений раз в месяц. Она сказала, что видит изменения и что с мочеиспусканием уже должно было стать лучше, но ничего не менялось. Посоветовала дообследоваться.

Хотел сделать КУДИ добровольно! За деньги! Стоит недешево! Уролог сказал, что смысла не видит, так как клиническая картина и так ясна, часто гоняет из-за ГАМП, а что три наименования таблеток мне никак не помогали, это бывает. Зато сказали, что можно попробовать направить меня на ботулинотерапию мочевого пузыря, и как проверка, и легче станет на полгода. Я начал искать, где еще, помимо моего города, делают эту процедуру, сколько стоит, какие тонкости. Все поисковые системы на первое место выводят частные клиники, минимум про ботулинотерапию, цены и никакой больше полезной и развернутой информации. В результате я наткнулся на сайт «Лига нейрогенного мочевого пузыря», на котором я сразу же увидел описание моих недугов. Весь сайт посвящен проблемам с мочеиспусканием. Я изучил его полностью и именно там нашел описание/перечисление симптомов, о которых я рассказывал всем врачам. Говорилось и о недопонимании со стороны врачей, которые начинают крутить у виска и отправлять к психиатрам, и о безрезультатных дорогостоящих анализах и обследованиях. В итоге пациент остается один на один со своей проблемой, родственники не поддерживают, думают, что все придумал,

жизнь, карьера, отношения в семьях рушатся, качество жизни становится отвратительным. Кто-то увольняется с работы, устраивается поближе к дому, избегает мероприятий, концертов, походов в кино, перед тем, как выйти из дома, продумывает свой путь так, чтобы рядом были туалеты, и многое другое.

Написал автору сайта (Филипповой Е. С.) лично – оказывается, так можно!

Описал, что не так, что в КУДИ отказали. Врач предложила сразу записаться на КУДИ, так как это один из основных диагностических инструментов в нейроурологии. Екатерина Сергеевна активно его использует, т. е. на 100 % не полагается на клиническую картину. Вскоре я поехал в Екатеринбург на обследование.

Доктор перед КУДИ провела опрос симптоматики и – о чудо! По вопросам становилось понятно, что меня понимают, что врач знает и лечит то, на что я жалуюсь.

По результатам обследования и осмотра в кресле: гиперактивности мочевого пузыря нет, но есть гипертонус мышц тазового дна. Если бы мне сделали ботокс в мочевой пузырь, позывы бы никуда не делись, а вот опорожнять мочевой пузырь приходилось бы с трудом. Это сложно представить себе, ведь и так было очень плохо! Спустя пару месяцев я снова посетил Екатерину Сергеевну, мне сделали ботокс в мышцы тазового дна и провели цистоскопию с гидробужированием под наркозом (обычная цистоскопия в моем случае не была на 100 % информативна), у меня нашли интерстициальный цистит.

Ботокс мне действительно помог! Стало намного комфортнее, боли уменьшились, вот только работает он в случае с мышцами таза 3–4 месяца. Получил рекомендации. Одна из них – внутрипузырные заливки. Сразу был предупрежден, что лечиться очень нудно и долго, возможно, не один год. Кстати, при гипертонусе мышц тазового дна могут страдать все органы в малом тазу, как, похоже, у меня и случилось. Я неоднократно говорил врачам, что мои симптомы похожи на цистит, и про мышцы говорил, но все

отмахивались, кто-то улыбался, а кто-то даже посмеивался. Какие-то рекомендации, которые давали урологи, неврологи, могли даже навредить мне, к примеру упражнение Кегеля. Еще несколько моментов, которые я узнал. Если бы у меня была гиперактивность мочевого пузыря, то мне бы помогли хоть какие-то из тех трех препаратов, которые я пил. Если бы виной всех моих болей и мочеиспусканий был хронический простатит, то лечение мне помогало бы и боли бы проходили.

Как я понял, таких людей, как я, очень много, и они годами ходят по врачам, получают ненужное лечение, сильно мучаются, страдают, а ставят хронический простатит мужчинам, женщинам – хронический цистит. Количество денег, которые тратят такие больные, поражает воображение, непонимание, с которым они сталкиваются, неописуемо. Об этих проблемах в нашей стране мало кто знает, специалистов единицы. Было бы очень круто, если бы такие профессионалы появились в каждом городе, но в первую очередь для лечения пациентов, а не для заработков частных клиник. Как выяснилось, мышцы тазового дна сегодня ничьи, нет специалиста, который занимается их лечением. Урологи ими не занимаются, неврологи тоже. Сейчас мне намного лучше, чем было еще летом прошлого 2021 года, меньше болей, теперь я знаю, что часть употребляемых мной продуктов могут усиливать и учащать позывы в туалет. Я понимаю, что и как лечить. Также я узнал, что какие-то поставленные мне диагнозы, например простатит, можно и не лечить, опасности для меня он не представляет в данный момент, и, пока не заболит, не надо постоянно делать ТРУЗИ и сдавать лишние анализы. А простата моя страдает в большей степени из-за вышеперечисленных причин, потому что «лежит» на спазмированных мышцах.

Я от всей души благодарен Екатерине Сергеевне. До первого приема у нее мысли мои в основном были заняты постоянными болями ниже пупка, очень частыми позывами в туалет, я был нервный и чрезмерно вспыльчивым. Сегодня в моей жизни появились другие, более важные вещи:

самообразование, развитие, карьерный рост, занятие спортом, улучшение жилищных условий, семья и многое другое.

А еще я на себе убедился, что достаточно часто после постановки правильного диагноза пациенту становится намного легче и какие-то симптомы улетучиваются практически сразу, ну и лечение проходит гораздо эффективнее, когда известна причина недуга.

Заключение

Тазовая боль вовсе не так загадочна, как кажется на первый взгляд. Несмотря на всю сложность проблемы, в основе синдрома первичной хронической тазовой боли (СХТБ) в большинстве случаев лежит совершенно объективно существующее мышечно-фасциальное напряжение в области таза, которое находится в тесной взаимосвязи с эмоциями, психикой, а также состоянием других частей тела, органов и систем. Симптомы, которыми может проявляться напряжение, поражают своим разнообразием. Здесь и нарушения мочеиспускания (навязчивые позывы, затрудненное опорожнение мочевого пузыря), и боли различной локализации, и проблемы, связанные с половым актом (боль у мужчин и женщин, нарушения эрекции и семяизвержения). Все эти проявления кажутся врачам необычными, потому что не укладываются в привычные шаблоны. Поэтому пациенты с СХТБ получают дежурные диагнозы типа хронического простатита, хронического цистита или гиперактивного мочевого пузыря и соответствующее традиционное лечение, которое не приносит желаемого эффекта. Выступая перед коллегами, я обычно говорю: «Если вам приходится напрягать мозг, чтобы понять, что за симптомы испытывает пациент, скорее всего, он напрягает тазовое дно». Повышение тонуса тазовых мышц официально признано профессиональным мировым сообществом в качестве важного компонента СХТБ. Однако его значение на практике по-прежнему недооценивается и этот синдром редко диагностируется, потому что пальпация мышц таза является даже для гинекологов и урологов непривычной манипуляцией.

Напряжение тазовых мышц – это не какая-то надуманная проблема, оно действительно существует, так же как и миофасциальные синдромы других, более знакомых нам скелетных мышц, например мышц спины или шеи.

Тонус тазового дна можно легко оценить при осмотре, потрогав мышцы снаружи, а также через прямую кишку и влагалище. Гораздо сложнее оказывается разобраться в причинах напряжения мышц и фасций таза, ведь здесь играют роль как объективные биомеханические взаимодействия в теле, так и непосредственная связь наших движений

и мышечного напряжения с психикой и эмоциями. В подавляющем большинстве случаев исходные причины СХТБ психосоматические. Практически все пациенты могут вспомнить стрессовую ситуацию, которая стала толчком к развитию болезни. Однако ученым только предстоит исследовать, как именно это работает.

Выздоровление от тазовой боли – сложная, но решаемая задача, требующая долгих и планомерных усилий.

Волшебной таблетки от СХТБ, укола или операции не существует.

Основное значение в лечении имеют методы психологической и физической реабилитации, а также мягкие мануальные техники. Правильно подобранная медикаментозная терапия часто играет спасительную роль, но не позволяет полностью победить болезнь.

Очень важно получить правильный диагноз, настроиться на упорную работу и принять на себя ответственность за свое состояние.

Каким бы сложным и тернистым ни был ваш путь борьбы с тазовой болью, он обязательно закончится победой, потому что ваша жизнь и здоровье исключительно в ваших руках. Наше тело волшебное и удивительно, так же как и окружающий мир! И в нем нет ничего невозможного.

Послесловие

Выражаю сердечную благодарность моим пациентам, которые не побоялись написать и открыто опубликовать свои истории.

В «Заметках на полях борьбы с тазовой болью» использованы собирательные образы больных, имена изменены, совпадения случайны.

Список литературы

1. Извозчиков С. Б. Неонкологическая тазовая боль. – М: МЕДпресс-информ, 2022. – 240 с.
2. Колк Б. Тело помнит все. Какую роль психологическая травма играет в жизни человека и какие техники помогают ее преодолеть. – М.: Бомбора, 2022. – 464 с.
3. Лесондак Д. Fascia. Что это такое и почему это важно. – М.: Эксмо, 2020. – 176 с.
4. Майерс Т. Анатомические поезда. – М.: Эксмо, 2019. – 320 с.
5. Уайз Д., Андерсон Р. Протокол Уайза – Андерсона. – National Center for Pelvic Pain Research, 2015.
6. Хаммер Р. Г. Наследие новой медицины. – 7-е изд. – 1999. – 476 с.
7. Клинические рекомендации Европейской ассоциации урологов. Рук. проекта Газимиев М. А. – М.: Буки Веди, 2020. – 334 с.
8. Chaitow L., Bradley D., Gilbert C. Multidisciplinary Approaches to Breathing Pattern Disorders. – Elsevier, 2002. – 280 p.
9. Robinson. B. D. Uro pathology. – Second Edition. – Elsevier, 2023. – 688 p.
10. Abreu-Mendes P., Baranowski A. P., Berghmans B., Borovicka J., Cottrell A. M., Dinis-Oliveira P., Elneil S., Hughes J., Messelink BEJ., Tidman V., Pinto R., Tornic J., Flink I., Parsons B. A., Zumstein V., Engeler D. S. Myofascial Pelvic Pain: Best Orientation and Clinical Practice. Position of the European Association of Urology Guidelines Panel on Chronic Pelvic Pain // Elsevier BV. – 2022.
11. Andrade M. A., Soares L. C., Oliveira M. A. P. The Effect of Neuromodulatory Drugs on the Intensity of Chronic Pelvic Pain in Women: A Systematic Review // Rev. Bras. Ginecol Obstet. – 2022.
12. Brin M. F., Vapnek J.M. Treatment of vaginismus with botulinum toxin injections // Lancet. – 1997. – P. 252–253.
13. Buehler J., Hanno P. M., Wein A. J. Use of amitriptyline in the treatment of interstitial cystitis // J. Urol. – 1989. – № 4. – P. 846–848.
14. Cohen D., Gonzalez J., Goldstein I. The Role of Pelvic Floor Muscles in Male Sexual Dysfunction and Pelvic Pain // Sex Med Rev. – 2016.

15. Cvach K., Rosamilia A. Review of intravesical therapies for bladder pain syndrome/interstitial cystitis // *Transl. Androl. Urol.* – 2015. – № 6. – P. 629–637.

16. Fields R. D. The other half of the brain // *Sci. Am.* – 2004.

17. Grinnell F. Fibroblast mechanics in three-dimensional collagen matrices // *J. Bodyw Mov. Ther.* – 2008.

18. Giulioni C., Asimakopoulos A. D., Annino F., Garelli G., Riviere J., Piechaud-Kressmann J., Vuong N. S., Lopez L. H., Roche J. B., Rouffilange J., Hoepffner J. L., Galosi A. B., Gaston R. P., Piechaud T., Pierquet G. First case-series of robot-assisted pudendal nerve release: technique and outcomes // *Surg Endosc.* – 2023.

19. Greig J., Mak Q., Furrer M. A., Sahai A., Raison N. Sacral neuromodulation in the management of chronic pelvic pain: A systematic review and meta-analysis // *Neurourol Urodyn.* – 2023. – № 42. – P. 822–836.

20. Homma Y., Akiyama Y., Tomoe H., Furuta A., Ueda T., Maeda D., Lin A. T., Kuo H. C., Lee M. H., Oh S. J., Kim J. C., Lee K. S. Clinical guidelines for interstitial cystitis/bladder pain syndrome // *Int. J Urol.* – 2020.

21. Ingber D. E., Wang N., Stamenovic D. Tensegrity, cellular biophysics, and the mechanics of living systems // *Rep Prog Phys.* – 2014.

22. Jhang J. F., Lin T. Y., Kuo H. C. Intravesical injections of platelet-rich plasma is effective and safe in treatment of interstitial cystitis refractory to conventional treatment-A prospective clinical trial *Neurourol // Urodyn.* – 2019. – № 2. – P. 703–709.

23. Ko K. J., Cho W. J., Lee Y. S., Choi J., Byun H. J., Lee K. S. Comparison of the Efficacy Between Transurethral Coagulation and Transurethral Resection of Hunner Lesion in Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome Patients: A Prospective Randomized Controlled Trial // *Eur. Urol.* – № 5. – P. 644–651.

24. Labat J. J., Riant T., Robert R., Amarenco G., Lefaucheur J. P., Rigaud J. Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment (Nantes criteria) // *Rev. Soc. Esp. Dolor.* – 2008.

25. Li B., Wang D. D., Qiao X. D., Yuan A. H., Jiang P., Xu J. P., Yang J., Zhang Q. P. Acupuncture for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a randomized controlled trial // *Zhongguo Zhen Jiu.* – 2023. – № 43. – P. 654–658.

26. Mulholland S. G., Sant G. R., Hanno P., Staskin D. R., Parsons L. Pentosan polysulfate sodium for therapy of interstitial cystitis. A double-blind placebo-controlled clinical study // *Urology*. – 1990. – P. 552–558.

27. Murina F., Recalcati D., Di Francesco S., Cetin I. Effectiveness of Two Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) Protocols in Women with Provoked Vestibulodynia: A Randomized Controlled Trial // *Med Sci (Basel)*. – 2023.

28. Nickel J. C., Downey J., Clark J., Casey R. W., Pommerville P. J., Barkin J., Steinhoff G., Brock G., Patrick A. B., Flax S., Goldfarb B., Palmer B. W., Zadra J. Levofloxacin for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome in men: a randomized placebo-controlled multicenter trial // *Urology*. – 2003.

29. Nikkola J., Holm A., Seppänen M., Joutsu T., Rauhala E., Kaipia A. Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation for Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome: A Prospective Pilot Study // *Int Neurourol J*. – 2020. – № 24. – P. 144–149.

30. Osman N. I., Bratt D. G., Downey A. P., Esperto F., Inman R. D., Chapple C. R. A Systematic Review of Surgical interventions for the Treatment of Bladder Pain Syndrome/Interstitial Cystitis // *Eur. Urol. Focus*. – 2021. – № 4. – P. 877–885.

31. Padoa, A., Rosenbaum T. The Overactive Pelvic Floor // Springer International Publishing. – 2016. – 346 p.

32. Panunzio A. et al. Botulinum Toxin-A Injection in Chronic Pelvic Pain Syndrome Treatment: A Systematic Review and Pooled Meta-Analysis // *Toxins (Basel)*. – 2022. – № 1.

33. Sevim M., Alkiş O., Kartal İ. G., Kazan H. O., İvelik H. İ., Aras B., Kabay S. Comparison of transcutaneous tibial nerve stimulation versus percutaneous tibial nerve stimulation in category IIIB chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: A randomized prospective trial // *Prostate*. – 2023. – P. 751–758.

34. Sokmen D., Comez Y. I. Efficacy and Safety of Extracorporeal Shock Wave Therapy in the Treatment of Chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome and Acquired Premature Ejaculation Patients // *Urol. Int.* – 2023. – № 23. – P. 1–5.

35. Sun X., Lin T., Fang J., Liu J., Yao W., Geng L., Zhang J. Clinical Efficacy Analysis of Biofeedback Electrical Stimulation Combined with

Doxycycline in the Treatment of Type IIIA Chronic Prostatitis // Evid Based Complement Alternat Med. – 2022.

36. Thiele G. H. Coccygodynia And Pain In The Superior Gluteal Region // Jour. A. M. A.. – 1937. – № 16. – P. 1271–1275.

37. Tomoe H., Yamashita K. Does repeated hydrodistension with transurethral fulguration for interstitial cystitis with Hunner's lesion cause bladder contraction? // Arab J. Urol. – 2019. – № 1. – P. 77–81.

38. Velde van der J., Everaerd W. The relationship between involuntary pelvic floor muscle activity, muscle awareness and experienced threat in women with and without vaginismus // Behav Res Ther. – 2001.

39. Yoshizumi M., Watanabe C., Mizoguchi H. Gabapentin reduces painful bladder hypersensitivity in rats with lipopolysaccharide-induced chronic cystitis // Pharmacol. Res. Perspect. – 2021. – № 1.

40. Yunus M. B. Central sensitivity syndromes: a new paradigm and group nosology for fibromyalgia and overlapping conditions, and the related issue of disease versus illness // Semin Arthritis Rheum. – 2008.

Об авторе



Филиппова Екатерина Сергеевна – доктор медицинских наук, врач-уролог, нейроуролог, оперирующий хирург, доцент кафедры урологии, нефрологии и трансплантологии Уральского государственного медицинского университета, руководитель Центра лечения тазовой боли и нарушений мочеиспускания клиники «УГМК-Здоровье» (г. Екатеринбург).

Член комитета Российского общества урологов (РОУ) по функциональной урологии, Международного общества по проблемам мочеиспускания (ICS), Международного нейроурологического общества (INUS), Международного соглашения по промежностно-тазовой боли (Convergences in pelvi perineal pain).

Автор блога @uro_ekb (более 20 тыс. подписчиков).

Автор канала «Доктор Филиппова» на YouTube.

Автор проекта «Лига нейрогенного мочевого пузыря»
www.neuourologist.com

Имеет более 60 опубликованных научных работ, в том числе в зарубежной печати, посвященных нейрогенной дисфункции нижних мочевыводящих путей, функциональным нарушениям мочеиспускания и тазовой боли.

notes

Примечания

Прямо как у меня на приеме. – Прим. автора.